

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 2

DES
ABCÈS FROIDS
TUBAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 octobre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-M. BERTRAND

Ancien Interne des hôpitaux de Lyon

Né à Lantenay (Ain), le 29 juin 1877.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

DES

ABCÈS FROIDS TUBAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553203_0094

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 2

DES
ABCÈS FROIDS
TUBAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 octobre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J.-M. BERTRAND

Ancien Interne des hôpitaux de Lyon

Né à Lantenay (Ain), le 29 juin 1877.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). X.
Cliniques chirurgicales.	HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale.	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON. LANNOIS. VALLAS.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	
Pathologie externe	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. ROCHET, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSEKAND, —
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie.	REGAUD, —
Anatomie topographique.	PATEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. TIXIER.	MM. PATEL.	MM. VORON.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VALLAS, Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. TRIPIER et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de ma vive reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu

*Nous adressons nos remerciements pour
l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse, pour
l'accueil que nous avons reçu pendant
les deux semestres passés auprès de
lui ; pour les marques de sympathie
qu'il nous a toujours montrées.*

Nous prions

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève pendant deux semestres,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

qui fut pour nous un maître et un ami,

De vouloir bien accepter tous nos remerciements pour avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

Externat

MM. ALBERTIN, chirurgien des hôpitaux.
VILLARD, chirurgien des hôpitaux.
TIXIER, chirurgien des hôpitaux.
ROLLET, professeur d'ophtalmologie.

Internat provisoire

MM. POLLOSSON (Maurice).
MOLLARD, médecin des hôpitaux.
AUDRY, médecin des hôpitaux.
MOUISSET, médecin des hôpitaux.

Internat

MM. CHATIN, médecin des hôpitaux.
COLLET, médecin des hôpitaux.
LYONNET, médecin des hôpitaux.
LECLERC, médecin des hôpitaux.
TIXIER, chirurgien des hôpitaux.
VALLAS, chirurgien des hôpitaux.

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail revient à M. le Docteur Albertin, chirurgien de la Charité. Dans son service de gynécologiè, il a eu l'occasion d'observer de nombreux cas de tuberculose annexielle, et, parmi ceux-ci, une forme toute particulière : l'abcès froid tubaire. M. Albertin nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse, et c'est grâce à ses conseils, à ses précieux encouragements qu'il nous a été donné de mener à bien ce modeste travail. Nous ne saurions assez l'en remercier.

Dans le courant de notre Internat, dans les services généraux de chirurgie, et au hasard des services, nous avons été frappés par la fréquence de la tuberculose annexielle. C'est à celle-ci que nous consacrons la première partie de notre thèse, pour en montrer, après un chapitre d'historique de la tuberculose utéro-annexielle en général, la fréquence, le tableau clinique et les formes anatomiques. Or, parmi celles-ci, il est une forme toute particulière, plus rare il est vrai, et par cela même peu étudiée, bien que le terme lui-même soit déjà entré dans le cadre nosologique, c'est l'*abcès froid de la trompe*. Nous nous proposons de l'étudier dans ses diverses manifestations, autant que nous le permettent, les rares documents publiés sur cette question et les quelques observations que nous avons pu recueillir.

Etude de la fréquence, des manifestations cliniques, des formes anatomiques de la tuberculose tubaire ; étude des abcès froids tubaires, tel est le plan de notre travail.

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de la tuberculose tubaire. Nous laissons de côté beaucoup de points particuliers. Mais il nous a paru que cette localisation spéciale de la tuberculose génitale était beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait généralement écrit, et nous essayerons de donner les raisons de cette fréquence. Nous ferons une revue générale critique des symptômes, en insistant, surtout, sur quelques données générales, qui sont d'une importance primordiale pour le diagnostic. Enfin nous tâchons d'en donner les formes anatomiques, avec les éléments fournis par nos prédécesseurs, et en y ajoutant la forme d'abcès froid tubaire.

Ceci dit, nous voulons, cependant, établir dès maintenant, notre façon d'envisager la tuberculose tubaire à un point de vue tout général. C'est une affection d'ordre purement gynécologique, évoluant pour son propre compte, avec une symptomatologie bien particulière, susceptible, à l'heure actuelle, d'un diagnostic rigoureux et d'une thérapeutique chirurgicale bien définie. Peu importe qu'à côté il existe quelque induration, évidente ou non, d'un sommet pulmonaire, qu'on trouve à l'opération quelques granulations sur le péritoine, sur l'ovaire ou sur l'utérus, ceci est plutôt d'ordre pronostic. Le fait prédominant, le fait pathologique, pour lequel les malades viennent demander les secours de notre art, c'est la tuberculose tubaire. Celle qui n'est qu'un épiphénomène au cours d'une tuberculose générale, qui n'est susceptible d'aucune thérapeutique du fait de l'état général,

est seulement intéressante pour les disciples de Morgagni, auquel nous devons la première observation anatomique de tuberculose génitale.

En cela, d'accord avec de nombreux auteurs, nous voyons disparaître les termes de tuberculose primitive ou secondaire. Si, à un moment donné, cette question a pu passionner les esprits, elle ne nous semble à l'heure actuelle que d'un intérêt secondaire, puisque tout disparaît devant la prédominance et, quelquefois, la localisation unique des lésions tuberculeuses à la trompe.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la tuberculose utéro-annexielle.

L'étude de la tuberculose génitale de la femme est toute récente et il y a presque lieu de s'étonner qu'il en soit ainsi. Non pas que cette localisation spéciale de la tuberculose ait été découverte dans ces dernières années, mais c'est seulement depuis la période chirurgicale qu'elle est mieux connue. Les premiers faits qui se rapportent à cette question remontent au commencement du siècle dernier, à l'époque où Louis publiait ses recherches sur la phtisie (Paris, 1825). Quelques années plus tard, Reynaud faisait paraître son mémoire de l'affection tuberculeuse de l'utérus (in *Archives générales de médecine*). La même année, 1831, Senn publie plusieurs observations et deux ans après, Boivin et Dugès, dans leur traité des maladies des femmes, ont consacré quelques pages à la tuberculose de l'utérus.

Après une période d'oubli, la tuberculose génitale renaît avec les travaux d'Aran, Bernütz et Coupil, Scanzoni, Siredey, Pillaud. A l'étranger, elle est étudiée par Namias (in *Memor. dell. Instit. stesso*, Venise, 1858) ; Geil (über dissert. inaug., Erlangen, 1851), Kivisch (*Klinische Vortrage*, Prague, 1849), Paulsen.

En 1865, paraît la thèse de Brouardel sur la tubercu-

lose génitale de la femme. A partir de cette époque, les observations et les travaux d'ensemble se multiplient, tant en France qu'à l'étranger. Nous rappellerons le mémoire de Talamon, 1878; la thèse de Vermeil, 1880; de Mosler (Breslau, 1883); de Spoth (Strasbourg, 1885); de Verchère (Paris, 1885); les travaux de Hegar, 1886; de M. S. Griffith (altération de nature tuberculeuse des trompes de Fallope. A. J. of obstétrical, juin 1886); de Fernet et Derville (tuberculose des organes génitaux et sa contagiosité, Société de Chirurgie, Paris, 1886) ; une revue générale de Paul Riche (*Gazette des Hôpitaux*, 1893); les mémoires de Villiams, 1894; de Cornil et Terrillon; les thèses de Massia (Paris, 1899, salpingo-ovarite tub.); de J.-M. Popow (tub. génit. primitive chez la femme, Saint-Pétersbourg, 1899); de Fernandez (Paris, 1899, tub. des organes génit. de la femme), de Gorovitz (Paris, 1900); de Cazeneuve (thèse, Montpellier, 1901); de Fellenberg (Zurich, 1901); de Dervieux (Paris, 1902).

Au congrès de Rome, en 1902, la question de la tuberculose génitale est envisagée sous ses aspects multiples, dans les rapports d'Amann, J.-L. Faure, Martin, Veit. En 1903, paraissent les thèses de Schakoff (Genève, Contribution à la connaissance de la tuberc. génit. chez la femme), de Couzyn (Paris, 1903, Etude de la tub. de l'utérus et des annexes); un travail de Cullen sur la tuberculose des organes pelviens de la femme (Canada, Lancet, 1903). Des cas nouveaux ont été rapportés par Murphy (*American Journ. of obst. and gyn.*, 1904), par Kiparsky (Société de gynécologie et obstétrique de Saint-Pétersbourg, 1905).

Au XI^e congrès de Société allemande de gynécologie

(Kiel, 17 juin 1905), Yung présente un travail sur les recherches expérimentales des voies d'accès de l'infection, dans la tuberculose génitale.

M. W. Léa, de Manchester, fait une étude d'ensemble sur la salpingite tuberculeuse et G.-J. Tomson rapporte quelques cas de tuberculose des organes génitaux de la femme (*Journal Akousch I. Gensk.*, Bol, 1904).

Signalons encore les thèses de Chauffon (Paris, 1904-1905); de Martin (Lyon, 1904-1905), sur la salpingite tuberculeuse et une récente étude sur la tuberculose génitale, par L. Von Lingen (Société des médecins allemands de Saint-Petersbourg, 11 février 1908), où il expose après une étude générale, que, dans ces dernières années, on a appliqué au diagnostic de la tuberculose génitale la réaction à la tuberculine. D'après les résultats de Birnbaum, cette méthode et les examens anatomo-pathologiques se montreraient concordants dans 75 pour 100 des cas. A Lyon, Vincent attire l'attention sur les hémorragies symptomatiques de la tuberculose utérine. Jamin et Violet publient en 1904, dans le *Lyon Médical*, plusieurs cas de tuberculose utéro-annexielle et divers cas de pyosalpinx tuberculeux ont été présentés aux diverses sociétés lyonnaises, par Patel, Albertin, Durand, Violet, etc.

De cet exposé historique, portant sur des faits répartis sur tout un siècle et forcément incomplet, il se dégage quelques notions générales. Et tout d'abord, dans une première période, les faits observés reposent sur des constatations purement anatomiques, et sont rapportés à leur cause par la multiplicité et la coexistence des lésions tuberculeuses dans les autres organes. Une deuxième pé-

riode, de recherches anatomo-pathologiques, et bactériologiques, rendues possibles par les tentatives chirurgicales, commence avec les travaux de Ilégar, en 1886, de Terrillon, Cornil, la thèse de Montprofit ; avec Jeanne!, Chandelux, Routier et Horteloup.

Enfin, une période moderne, où les faits sont suffisamment nombreux pour être définitivement classés ; où la tuberculose utéro-annexielle semble constituer un type de lésions ayant un cadre clinique parfaitement établi, susceptible d'un diagnostic ferme, et par cela même entrant dans le domaine chirurgical, dans les limites de la curabilité.

CHAPITRE II

Etat actuel de la tuberculose tubaire. Fréquence. Etude clinique et variétés anatomiques.

I. — FRÉQUENCE.

Les nombreuses observations, ainsi que les publications diverses sur la tuberculose génitale, indiquent suffisamment la fréquence de ces lésions. Il ressort de l'exposé historique que nous avons fait, des différentes statistiques, que, de toutes les localisations de la tuberculose génitale, la localisation tubaire est incontestablement la plus fréquente. La trompe est en quelque sorte le point d'élection des lésions tuberculeuses, et la muqueuse tubaire semble constituer, pour le bacille de Koch, un terrain de développement particulièrement approprié. C'est elle qui est atteinte la première, pas toujours cependant ; les lésions de l'ovaire et de l'utérus sont le plus souvent secondaires. C'est ce qui a fait dire, à certains auteurs, que l'infection tuberculeuse des trompes est tellement fréquente, qu'on la rencontre dans tous les cas de tuberculose génitale ; ce qui rend assez difficile le pourcentage des cas et explique la différence des statistiques.

Vermeil, réunissant ses cas à ceux signalés par Brouardel, sur 94 cas de tuberculose génitale trouve la trompe prise 51 fois ; 19 fois, les lésions sont localisées à la

trompe seule : 13 fois à la trompe et à l'utérus ; 7 fois à la trompe, ovaire et utérus ; une fois à la trompe, ovaire et vagin.

D'après Sporth, les trompes seraient atteintes dans la proportion de 86,5 p. 100. Dans 29 cas elles sont l'unique localisation, soit 16 p. 100, Meyer, sur 67 cas de tuberculose génitale trouve 57 fois des lésions tubaires.

Bernheim a réuni 80 cas de tuberculose génitale dite primitive ; la localisation la plus fréquente est la trompe, puis viennent l'utérus, l'ovaire, le vagin. Pour Pozzi, ce sont les trompes qui sont le plus souvent atteintes de lésions tuberculeuses, puis viennent les ovaires et la muqueuse utérine. Marc Ardle (*in American Journ. of Obstétrical* : la laparotomie dans les affections tuberculeuses des organes génitaux de la femme) admet que les diverses parties du tractus génital sont prises dans l'ordre suivant : trompes, corps de l'utérus, ovaires et vagin. Les trompes sont altérées dans tous les cas ; le corps de l'utérus dans les trois quarts des cas ; les ovaires dans la moitié des cas. Targett, au congrès annuel de l'Association médicale britannique, 31 septembre 1903, dit qu'à l'autopsie de sujets morts tuberculeux on trouve une proportion de 7,7 p. 100 de tuberculose génitale et la trompe est prise 90 p. 100 des cas. Schakoff (*Contribution à la connaissance de la tuberculose des organes génitaux*, thèse, Genève, 1903) trouve sur 43 cas de tuberculose des organes génitaux, 36 cas de tuberculose tubaire, soit 83,72 p. 100.

Tous ces chiffres indiquent une porportion globale des cas de tuberculose tubaire, par rapport aux cas de tuberculose génitale. Une autre face du problème, non moins

intéressante, consiste à envisager la tuberculose tubaire dans ses rapports avec les autres lésions tubaires infectieuses et sa fréquence par rapport à celles-ci. Villiams sur 91 cas d'annexites trouve 7 tuberculoses tubaires, soit, 7,5 p. 100. Rosthorn, de Prague, sur 103 annexites trouve 7 cas de tuberculose tubaire bilatérale. C'est donc la même proportion. Penrose et Beyea, dans une série de 28 opérations pour annexites, trouvent 5 cas de tuberculose, et 4 cas dans une deuxième série de 27 cas, soit environ 15 p. 100. C'est aussi la statistique du service de M. le professeur Auguste Pollosson (voir thèse Martin, 1904-1905) qui sur 60 annexites opérées, trouve 9 annexites tuberculeuses, soit environ 14 p. 100. Pour Jones (Edinb. Med. Journ., 1904) 8 à 18 p. 100 des annexites sont tuberculeuses. Pour Pozzi, la proportion ne dépasse pas 1 p. 100 et trouve les précédentes statistiques fort exagérées. Martin, sur 620 cas de salpingectomie, trouve la tuberculose 17 fois; en moyenne 2 p. 100 et sur 1600 préparations d'organes génitaux enlevés opératoirement et examinés par Yung, celui-ci trouve 24 fois seulement la présence du bacille de Koch.

Tous les auteurs semblent donc d'accord, pour admettre la plus grande fréquence des lésions tubaires tuberculeuses, par rapport aux autres localisations génitales de cette affection. Par contre, le désaccord commence, quand il s'agit d'apprécier la fréquence des lésions tuberculeuses, par rapport aux autres affections de la trompe. Les uns, avec Pozzi, Martin, considèrent la tuberculose comme rare, les autres, avec Pollosson, Penrose et Beyea, Jones, admettent une moyenne de 15 p. 100 d'annexites tuberculeuses.

Cette différence, dans la proportion des cas de tuberculose tubaire observée tient à des causes multiples. Les services de gynécologie, voisins d'infirmierie et même de maternité, reçoivent une plus grande quantité de salpingites purement infectieuses que les services généraux où s'égarent davantage des tuberculoses annexielles.

Si on envisage tous les cas de salpingite, qu'il s'agisse de salpingites tuberculeuses ou banales, dont la plupart guérissent médicalement et dont les autres finissent pas aboutir à la colpotomie ou à l'hystérectomie, il est bien évident, que le rapport des salpingites tuberculeuses aux autres salpingites est diminué.

Si on considère tous les cas de salpingites opérées et dont le diagnostic n'est pas douteux, ayant le contrôle bactériologique ou histologique, il n'est pas douteux que, dans ces conditions, on trouve davantage de tuberculoses tubaires.

Et combien de faits échappent à l'examen et plaident en faveur de la tuberculose. Nous voulons parler des cas, simplement soupçonnés à une époque où le contrôle histologique et bactériologique existait déjà, mais où les tentatives chirurgicales étaient moins audacieuses, et par suite les résultats moins certains. Il s'agit de salpingites à allures plus ou moins insidieuses et torpides, ayant déterminé une douglassite et terminés par une colpotomie. Mais, au lieu de voir, au bout de quelque temps, la lésion guérir, comme dans les lésions infectieuses banales, il persiste une fistule interminable. Les lésions continuant à évoluer, il n'est pas rare de voir survenir une complication péritonéale, pulmonaire ou autre, qui vient imprimer son cachet à la lésion génitale.

Dans une période chirurgicale plus rapprochée, ces colpotomies, vouées à l'insuccès, de par la nature bacillaire des lésions, ont été suivies d'hystérectomie et l'examen histologique ou macroscopique a montré la véritable nature de la lésion génitale.

Ces idées se trouvent exprimées dans la thèse de Laroynne (Lyon, 1902, Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme). Cet auteur écrit en effet, à propos des indurations qui peuvent occuper le cul-de-sac de Douglas, qu'on a souvent noté la présence de nodules fibreux, du volume d'un pois ou d'une noisette, qui auraient suffi à faire poser le diagnostic d'annexite ou de périannexite tuberculeuse. Souvent, on intervient, croyant à une lésion non spécifique. M. Auguste Pollosson insiste sur ce que l'ouverture des collections tuberculeuses par le débridement vaginal est alors insuffisante. L'échec de cette méthode, dans les suppurations qui, si elles étaient dues aux infections génitales banales guériraient ou s'amélioreraient, doit faire songer à la tuberculose et permet un diagnostic rétrospectif.

A la suite de castration totale pour lésions suppurées annexielles, où la clinique, l'examen macroscopique des lésions avaient fait porter le diagnostic de lésions banales inflammatoires, on a vu survenir une inoculation secondaire tuberculeuse de la plaie, qui ne pouvait avoir pour cause qu'une lésion de même nature des organes enlevés.

Toutes ces considérations nous permettent donc d'affirmer que la tuberculose tubaire est plus fréquente qu'on ne l'a écrit. Nous n'apportons pas de statistique nouvelle, mais les faits parlent par eux-mêmes et sur une vingtaine

de salpingites opérées par notre maître, M. le docteur Tixier, pendant l'année 1908, un tiers environ étaient des salpingites tuberculeuses. C'est là, peut-être, une coïncidence toute fortuite ; nous ne sommes pas très éloignés de la vérité en disant qu'il y a 20 à 25 p. 100 de tuberculose salpingienne.

Cette fréquence de la tuberculose tubaire semble tenir à des conditions multiples. De par sa situation anatomique, la trompe communique avec l'utérus, par l'ostium uterinum, et avec la grande cavité péritonéale par l'ostium abdominale. La trompe pourrait être envahie par des bacilles tuberculeux, remontant jusqu'à elle, des voies génitales inférieures et cette origine ascendante, émise par Conheim, a trouvé d'ardents défenseurs dans la personne d'Ilégar, et de ses élèves Alterthum, Bulius. Elle a été également défendue par Martin, au congrès de Rome, 1902, et exposée longuement dans la thèse de Couzyn, Paris, 1903. Mais à voir la fréquence de la tuberculose génitale chez les vierges, ou chez des femmes ayant cohabité avec des hommes indemnes de toute tuberculose, on peut conclure que ce mode de contagion doit être rare. Cette idée séduisante de la tuberculose ascendante génitale, par analogie à la tuberculose rénale ascendante, a subi le même sort que cette dernière.

La trompe communique directement avec la cavité péritonéale et sur toute son étendue est recouverte par le péritoine. La fréquence des lésions péritonéales tuberculeuses, le voisinage de l'intestin lui-même atteint expliquent un mode de contagion possible. L'infection peut se faire par le péritoine malade. Les liquides de la cavité péritonéale peuvent transporter les micro-organis-

mes à travers l'orifice abdominal de la trompe. Mais les termes de cette proposition peuvent être renversés et on peut admettre, avec la majorité des auteurs, la tuberculisation du péritoine par les trompes malades.

La localisation du processus tuberculeux au niveau de la trompe se fait le plus souvent par voie sanguine. C'est la tuberculose hémalogène ou autogène de la trompe, qu'il s'agisse de tuberculose tubaire succédant à un foyer connu ou ignoré de tuberculose, ou qu'il s'agisse de tuberculose tubaire localisée primitivement à la trompe.

Cette localisation du processus tuberculeux, en quelque sorte élective pour la trompe, trouve une condition favorable dans la disposition anatomique de cet organe. Déjà, au XII^e congrès international de médecine, Paris, 1900, Bernheim disait: « Les trompes sont très souvent infectées par suite de l'étroitesse de leur cavité assimilable à un vase clos, à cause aussi de la multiplicité des plis et replis tubaires et de leur revêtement épithélial. »

C'était aussi l'opinion de Hégar et Gippel pour qui la fréquence des lésions tubaires tuberculeuses étaient dues à l'horizontalité et à la multiplicité des replis tubaires. D'autre part, la trompe, à cause de son canal contourné, prédispose à la stagnation des sécrétions, bien plus que les autres parties du tractus génital. Amann, au congrès de Rome, fait remarquer la fréquence de l'infection sanguine et il faut peut-être faire une place à part, pour l'infection spéciale de la trompe, à la distribution sanguine de cet organe. Il existe un territoire capillaire de la trompe, compris entre le rameau tubaire de l'artère utérine et celui de l'artère ovarienne, très mal desservi, et Amann établit une comparaison entre cette région tu-

baire et les sommets des poumons, ainsi que les os, organes mal nourris par le sang, et si souvent atteints par la tuberculose.

Faut-il voir une relation entre l'hypoplasie génitale et la tuberculose: les auteurs allemands se sont faits les défenseurs de cette théorie. Enfin, on a incriminé, dans la prédisposition toute particulière des trompes pour la tuberculose, les inflammations diverses. C'est ce qu'on a désigné sous le nom « d'inflammations prétuberculeuses ». Il ne faut pas cependant oublier la fréquence de la tuberculose génitale chez les vierges, en dehors de toute inflammation préexistante: gonococcienne ou puerpérale. Mais comme le fait remarquer Doran, à propos d'un cas présenté par Morton, à la Société pathologique de Londres, 6 avril 1893, la tuberculose génitale, chez l'enfant, suit souvent la vulvo-vaginite non gonorrhéique. Il ajoute que le gonococque détruit l'épithélium tubaire et prépare ainsi le terrain à l'infection tuberculeuse.

II. — SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE.

Si les premières observations de tuberculose génitale se rapportent à la tuberculose utérine, la mieux étudiée, parce que plus fréquente est la tuberculose tubaire. A propos de la tuberculose génitale en général, au congrès de Rome, A. Martin écrivait qu'on ne possédait aucun signe pathognomonique de l'infection tuberculeuse des organes génitaux. Pour la tuberculose utérine, bien des choses nous échappent encore au point de vue clinique. Si grâce au spéculum de moins en moins employé, on dépiste quelques tuberculoses ulcéreuses du col, les formes végétantes sont prises pour du cancer, les métrites

tuberculeuses sont encore à décrire dans leurs manifestations symptomatiques et elles ne sont guère reconnues qu'après intervention, ou par l'examen histologique des débris de muqueuse, recueillis dans certains cas suspects. En pratique la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes dont on connaît mieux l'histoire clinique et anatomique.

Il est banal de répéter que la tuberculose tubaire passe le plus souvent inaperçue au début, qu'elle peut s'installer sournoisement et se développer peu à peu sans provoquer de douleurs sérieuses, comme le prouvent les faits d'autopsies de malades mortes de tuberculose pulmonaire et chez lesquelles on trouve des lésions tuberculeuses des trompes, sans que, rien, pendant la vie, soit venu attirer l'attention du côté des organes génitaux. Les foyers tuberculeux, dit Péan (*Tumeurs de l'abdomen*), peuvent rester localisés, ne donner lieu à aucun accident, de telle sorte qu'on n'est édifié sur leur existence que dans les opérations ou les autopsies et nous verrons par l'étude des abcès froids tubaires, que c'est souvent le hasard qui les fait découvrir.

Le premier symptôme, qui attire l'attention des malades, est la douleur localisée dans la cavité pelvienne. D'autres fois, c'est une poussée aiguë, pelvienne, véritable état de mal péritonéal qui est le premier signe révélateur.

La douleur, en dehors des périodes aiguës, est très variable comme caractère et ne diffère guère des manifestations douloureuses qui caractérisent les salpingites chroniques, mais dont il est inexact de dire qu'il est à peu près impossible de les distinguer cliniquement.

Tantôt simple pesanteur, sensation de gêne dans la zone génitale, avec irradiations aux lombes et aux cuisses, la douleur se manifeste, par ailleurs, d'une façon plus aiguë, sous la forme de colique salpingienne, qui dure quelques heures ou quelques jours, sans réaction péritonéale, et s'atténue peu à peu pour faire place à l'état primitif, ou à ces périodes de latence qui caractérisent la tuberculose tubaire.

Ces douleurs se montrent fréquemment à l'occasion des règles; elles sont moins calmées par le repos, et cèdent moins facilement au traitement habituel des salpingites chroniques. La columnisation a peu d'effet et l'échec du traitement médical, associé à d'autres symptômes d'ordre général, doit faire songer à la tuberculose.

Les troubles menstruels, auxquels on a voulu faire jouer un rôle important, ont perdu aujourd'hui beaucoup de leur crédit. Ce qui ressort de la lecture des observations, c'est que rien n'est plus variable que ces troubles menstruels, qu'il s'agisse d'ailleurs de tuberculose ou d'inflammations proprement dites. Tantôt il existe de l'aménorrhée, tantôt ce sont des métrorrhagies plus ou moins irrégulières, dépendant plus probablement d'une altération de la muqueuse utérine et sans relation bien évidente avec des lésions tubaires. Parfois même, il n'existe aucun trouble de la menstruation.

La leucorrhée est un phénomène beaucoup plus constant, quoiqu'il existe des observations où ce symptôme n'est pas signalé. Elle demande à être recherchée et il ne faut pas toujours se contenter d'une affirmation négative de malades. Elle présente des caractères différents de l'écoulement blennorrhagique, et dans certains

cas elle se montre avec une telle intensité qu'elle constitue une véritable débâcle purulente, due le plus souvent à une métrite de même nature consécutive à la lésion tubaire.

Comme conséquence des altérations tuberculeuses de la trompe, on voit survenir la stérilité, non pas qu'elle existe toujours, mais elle se montre assez souvent pour qu'elle puisse retenir l'attention.

A côté de ces symptômes d'ordre fonctionnel, on voit survenir des manifestations de première importance du côté de l'état général, nous voulons parler de l'amaigrissement avec troubles de l'état général et de la température.

Quand la tuberculose salpingienne s'est déjà manifestée par des douleurs, qu'elle est sortie de cette période de latence, dont parlent les auteurs, il est bien rare qu'on ne voie survenir le premier de ces symptômes: l'amaigrissement. La plupart des auteurs lui attribuent une grande valeur, surtout lorsqu'il apparaît avec des troubles manifestes de la santé générale, pâleur, faiblesse, lassitude, qui font de ces malades des impotentes, les confinent au lit ou au repos le plus complet.

Il est rare, à cette période de la tuberculose tubaire, de ne pas observer une élévation de température. Rien n'est plus irrégulier que cette élévation thermique et qui ne fait que confirmer ce qui a été dit pour la tuberculose en général que les tuberculeux sont des déséquilibrés de la température. Lorsqu'on peut observer régulièrement une malade, même en état de bonne santé apparente, et bien entendu en dehors de toute autre tuberculose cliniquement appréciable, il n'est pas rare de voir apparaître un état fébrile léger. On observe une élévation de tem-

pérature de quelques dixièmes, pouvant atteindre ou dépasser 38°. C'est de ces personnes, en apparence bien portantes, qu'on peut dire qu'elles ont le tempérament fébrile. Ce qui est encore plus caractéristique et, pourrait-on dire, pathognomonique, lorsque ce signe existe, c'est de voir cette élévation thermique survenir le matin et revêtir le type inverse. On retrouve ce dernier type même à l'occasion des poussées aiguës pelvipéritonitiques. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir, à propos de l'évolution de la tuberculose tubaire.

Or, cette évolution, caractéristique par elle-même, est assez diverse. Il existe de véritables épisodes aigus dans l'histoire clinique des salpingites tuberculeuses. Si nous voulions résumer les traits essentiels de la tuberculose tubaire, nous dirions que c'est une affection essentiellement chronique, avec des poussées aiguës douloureuses, passagères, rétrocedant le plus souvent, mais pouvant aboutir à la suppuration.

Ces épisodes douloureux se manifestent sous le cadre clinique d'une pelvi-péritonite : douleurs très vives, localisées au pelvis ou à la région abdominale inférieure, avec immobilité du ventre, accompagnées, le plus souvent, de subobstruction intestinale et d'une ascension de température. Cette réaction fébrile est toujours très marquée, avec grandes oscillations, et, comme nous le faisons remarquer plus haut, il n'est pas rare de voir le type inverse.

Au milieu de ce tableau symptomatique, alarmant au premier abord, ce qui frappe le clinicien, c'est que ces malades n'ont pas du tout l'allure septicémique péritonéale des grandes infectées blennorrhagiques ou puerpé-

rale. Le pouls est resté bon ; il ne suit pas la marche de la température ; sa fréquence est normale ou peu augmentée. Chez ces malades que la douleur abdominale immobilise au lit, avec une température toujours très élevée (40° ou 40°5), on est frappé par le bon aspect qu'elles présentent. L'appétit est conservé ; les malades demandent à manger. Les troubles digestifs sont au minimum, et la langue est humide, rosée, en contradiction avec l'état abdominal. Cet état est bien spécial à la tuberculose génitale et ne se retrouve nullement dans les états de mal péritonéal de nature autre que la tuberculose. Au cours de ces épisodes aigus, qui rétrocedent facilement au bout de quelques jours, on peut voir survenir des phénomènes de suppuration aboutissant à la formation d'un abcès pelvien ou du Douglas.

Jusqu'ici, nous n'avons rien dit des modifications anatomiques, survenant dans les trompes tuberculeuses, qui donnent lieu à des signes perçus par le toucher et le palper combinés. C'est que ces signes varient suivant les formes anatomiques, suivant les périodes de l'affection, suivant le degré d'envahissement des trompes et du péritoine.

Dans certains cas, simple augmentation de volume des trompes, sans caractères précis, le toucher nous révèle, dans d'autres cas, des masses noyées au milieu d'un empâtement général, étendu à la région hilaire de l'utérus, et où il est bien difficile parfois de dire ce qui revient à l'utérus et aux annexes. C'est ce que certains auteurs ont appelé la paramétrite tuberculeuse et où l'utérus est encerclé dans les masses annexielles et péritonéales.

Dans d'autres circonstances, le toucher révélera la présence d'un pyosalpinx et parfois même l'existence d'un abcès dans le Douglas. Aux renseignements fournis par le toucher vaginal, il faut ajouter ceux donnés par le toucher rectal, qui seul peut être utilisé dans certains cas.

De tous les signes fournis par l'exploration vaginale, il n'en est aucun qui plaide en faveur de la tuberculose, s'il n'était associé à des troubles de l'état général et à l'évolution de la maladie.

Hegar et son élève Alterthum avaient décrit comme caractéristique de la tuberculose tubaire, des nodosités en chapelet, perçues dans l'épaisseur ou à la surface des ligaments utéro-sacrés.

Les mêmes auteurs ont accordé aussi, dans leurs descriptions, une importance toute particulière aux nodosités intra-pariétales des trompes. Ils considéraient comme signe pathognomonique de la tuberculose tubaire ce qu'ils ont appelé les nodules isthmiques et qui correspondent à la salpingite isthmique noueuse (*salpingitis isthmica nodosa*). L'importance de ce signe a été très discutée et sa valeur semble très atténuée par les constatations de Chiari et Schauta, qui déclarent les avoir rencontrées le plus souvent dans la salpingite blennorrhagique. D'autre part, Kehrer (*in Hegar's Beitr.*) considère ces nodosités comme étant de nature blennorrhagique, tandis qu'il verrait plus volontiers un signe de tuberculose dans les nodosités siégeant au niveau ou dans l'épaisseur des cornes utérines.

A l'heure actuelle, aucun des éléments fournis par le toucher, ne peut permettre d'affirmer la nature tubercu-

leuse d'une salpingite, seuls les troubles de l'état général, l'amaigrissement progressif, constant ; la marche de la température et l'évolution chronique de la maladie avec les épisodes aigus et subaigus permettent de reconnaître et d'affirmer la salpingite tuberculeuse, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux divers procédés de laboratoire.

III. — FORMES ANATOMIQUES DE LA TUBERCULOSE TUBAIRE.

L'étude clinique nous a déjà fait entrevoir les modalités anatomiques diverses que peut revêtir la tuberculose tubaire. Nous n'entreprendrons pas de décrire les lésions histologiques qui ont ici le même caractère qu'elles présentent dans les autres organes et nous envisagerons surtout les lésions macroscopiques. Or, il est bien difficile de présenter une étude anatomique d'ensemble des lésions tubaires. Elles sont en effet très dissemblables, suivant la période où on les observe, suivant le degré des lésions et si parfois on peut saisir un lien d'unité entre elles, les lésions sont assez diverses pour qu'elles constituent des types anatomiques distincts, correspondant dans une certaine mesure à des cadres cliniques. Les différents auteurs, qui ont étudié la tuberculose tubaire, ont essayé de grouper les lésions qu'ils ont observées.

C'est ainsi que Villiams considère trois formes de tuberculose tubaire :

1° Une forme miliaire, rare ; 2° une forme chronique fibreuse ; 3° une forme chronique diffuse, qui d'après lui est la lésion habituelle.

Merletti distingue également trois formes, une forme à përisalpingite, une salpingite interstitielle et une endosalpingite. Martin (thèse Lyon, 1904-1905) dit qu'il faut envisager au point de vue anatomo-pathologique, deux grandes formes: une forme de përitonite tuberculeuse et une forme salpingienne proprement dite. A côté de la forme de përitonite tuberculeuse, il existe une forme plus limitée pouvant être séreuse, fibreuse, suppurée.

Violet (*in Lyon Médical*, 1907), distingue des formes à type pelvipëritonite, comprenant les formes ascitique, plastique, casëeuse et suppurée, et des formes avec salpingite prédominante comprenant la salpingite nodulaire interstitielle, la salpingo-ovarite suppurée et l'abcès froid tubaire.

Pour Chauffon, les salpingites chroniques tuberculeuses se présentent sous deux aspects. Il existe une forme de salpingite parenchymateuse, hypertrophique, végétante, noueuse, et une forme kystique, la salpingite chronique purulente et casëeuse.

Pour Arnold W. Léa (*Journ. of obstétr. and gyn. of the Brit.*, avril 1905) la tuberculose des trompes se présente comme une tuberculose miliaire, diffuse comme pyosalpinx tuberculeux quand l'orifice abdominal est fermé ; comme tuberculose fibreuse, diffuse dans les formes chroniques ; enfin dans quelques cas de përitonite tuberculeuse, les trompes ne présentent que des lésions seulement catarrhales.

Richelot, à l'occasion d'une présentation de métrite cervicale tuberculeuse, dit qu'il fait distinguer deux variétés anatomiques de la tuberculose tubaire, suivant qu'elle a pour siège la muqueuse, ou la paroi; tuberculose

interne ou de la muqueuse; tuberculose pariétale ou de la tunique fibro-musculaire.

Ces différentes formes anatomiques correspondent en effet à la majorité des cas observés. Comme pour la tuberculose en général les lésions tuberculeuses tubaires semblent évoluer de la même façon. La lésion est une et les différents aspects présentés ne sont que des modalités d'évolution de la lésion, de l'extension de celle-ci aux parties avoisinantes, de la situation ou plutôt de la localisation initiale au niveau des parties constituantes de la trompe. La lésion primordiale, c'est la granulation avec les tubercules, aboutissant à la caséification ou à la suppuration, et même à la guérison sous la forme de salpingite chronique fibreuse.

Il n'est pas douteux qu'on puisse trouver au niveau de la trompe des lésions très atténuées, quelques granulations disséminées au niveau du péritoine tubaire et de la muqueuse tubaire. Ces faits ont été rencontrés aux autopsies. On en a rapporté quelques cas, et qui ne voit immédiatement un rapprochement clinique de ces faits avec l'ascité essentielle des jeunes filles, dont l'origine annexielle est si fréquente.

La granulation aboutit à la formation des tubercules. Ceux-ci infiltrent la paroi, font saillie dans la cavité tubaire, ou à l'extérieur, sous le péritoine, qui est envahi à son tour et qui réagit en créant des adhérences. Arrivées à cette phase d'évolution, les trompes sont augmentées de volume, épaissies, sinueuses, présentant en certains points des nodosités avec apparence moniliforme. La trompe, avec ses noyaux durs, rappellent les canaux défilés infiltrés, noueux, épaissis, envahis eux-mêmes

par la tuberculose. C'est la salpingite chronique hypertrophique végétante.

Le tubercule peut aboutir à la suppuration. La trompe prend l'aspect les plus divers; à côté de tubercules en évolution infiltrant la paroi, on en voit d'autres ayant subi la dégénérescence caséuse et ayant formé de véritables petits abcès enkystés. Ceux-ci peuvent siéger dans la paroi, dans les productions péritonéales circumvoisines, ou bien encore ils aboutissent à la formation de véritables pyosalpinx. C'est la salpingite chronique caséopurulente, plus communément appelé pyosalpinx tuberculeux. On peut avoir ainsi deux aspects assez différents de la trompe. Ou bien par suite du ramollissement des tubercules, on a de véritables cavernes avec membranes pyogéniques rappelant de tous points la forme ordinaire du tuberculome classique. Ou bien, la trompe est dilatée; elle est devenue kystique et contient du pus grumeleux, mal lié, peu homogène, ou verdâtre et caséux. La muqueuse tubaire est devenue irrégulière et tomenteuse, elle est recouverte d'une couche puriforme.

Dans d'autres cas la cavité de la trompe, au lieu de renfermer du pus contient des fongosités absolument analogues à celles qu'on trouve dans les tuberculoses synoviales ou articulaires. Il s'agit là de véritables salpingites fongueuses.

Toutes ces lésions tubaires ne vont pas sans lésions du péritoine. Il y a productions d'exsudats et d'adhérences. On a alors de véritables périsalpingites, les unes fibro-plastiques; les autres franchement suppurées, aboutissant à la formation d'une collection pelvienne absolument indépendante de la lésion tubaire primitive.

Si superposant les formes anatomiques à ce que nous savons des manifestations cliniques, nous pouvons dire que la forme miliaire répond en quelque sorte à ce que Cruveilhier appelle l'ascité essentielle des jeunes filles : la forme hypertrophique végétante, interstitielle, et la forme longueuse correspondent à la forme chronique de la tuberculose tubaire ; la forme avec pyosalpinx et périculpingite adhésive ou suppurée, aux épisodes aigus de la tuberculose tubaire.

En somme, évolution chronique, avec poussées aiguës de pelvi-péritonite ; formes anatomiques qu'on peut grouper de la façon suivante :

1° Forme miliaire ;

2° Forme végétante hypertrophique, ou salpingite interstitielle, dans le cadre de laquelle nous faisons rentrer la forme longueuse ;

3° Une forme caséuse et suppurée qui peut donner lieu à un pyosalpinx vrai, ou à une dégénérescence caséuse des tubercules, avec formation de cavernes dans la paroi tubaire elle-même.

Toutes ces lésions ne vont pas sans une certaine participation du péritoine. Il existe toujours des adhérences périculpingiennes. Les lésions péritonéales peuvent dans certains cas, masquer la lésion tubaire, mais non l'annihiler complètement et aboutir à une forme franchement suppurée donnant lieu à une collection pelvienne ou à un abcès du Douglas.

Tel est le bilan actuel de la tuberculose tubaire. Or, il est une forme, bien individualisée au point de vue clinique et surtout anatomique que systématiquement nous avons omis de signaler et qui fait le sujet de notre travail : c'est l'abcès froid tubaire.

CHAPITRE III

Abcès froids tubaires.

DÉFINITION. — GÉNÉRALITÉS. — HISTORIQUE.

Et d'abord qu'entend-on par abcès froid tubaire ? C'est la localisation tuberculeuse chronique d'emblée, évoluant à la façon d'un abcès symptomatique d'un mal de Pott et rappelant par son évolution insidieuse, sa symptomatologie fruste, ses dimensions et les caractères du pus, l'abcès par congestion.

Cette définition nous permet d'éliminer les petits abcès enkystés de la paroi tubaire ou même enkystés dans un des segments de la trompe dont parle Chauflon dans sa thèse, lorsqu'il écrit au chapitre d'anatomie pathologique, à propos de la salpingite chronique caséo-purulente, « que dans certains cas on voit une trompe ayant l'aspect de la salpingite hypertrophique végétante noueuse, avec dans un de ses segments un abcès froid, isolé. A la coupe on peut évacuer une masse qui prend encore l'apparence des suppurations chroniques non tuberculeuses, mais la plupart du temps, elle se présente sous l'aspect caractéristique des abcès froids avec un pus séreux mélangé de grumeaux : c'est véritablement l'abcès froid de la trompe. La paroi de l'abcès froid tubaire a

l'aspect ordinaire de la paroi du tuberculome, avec ses fongosités, ses cavernules, ses points ramollis, grisâtres ou au contraire ecchymotiques. »

Nous ne dénonçons pas à ces abcès les caractères des supurations froides, mais ils n'ont guère qu'une entité anatomique et sont très différents des véritables abcès tubaires que nous nous proposons d'étudier.

Or, ce terme d'abcès froid tubaire est déjà, bien que non encore classique, entré dans le cadre nosologique. On ne nous fera donc pas un reproche d'avoir chargé la nomenclature d'un terme nouveau qui est largement justifié par les faits observés.

Ce terme d'abcès froid nous paraît déjà avoir été employé par Montprofit dans la classification des salpingites en général, où il distingue :

1° Les salpingites catarrhales;

2° Les salpingites interstitielles :

3° Les abcès de la trompe, comprenant la salpingite tuberculeuse ou abcès froid de la trompe.

Mais sa véritable signification lui semble avoir été donnée par Faure au congrès de Rome en 1902. On lit en effet dans le rapport de cet auteur que la trompe contient tantôt du pus grumeleux, mal lié, peu homogène, tantôt du pus verdâtre, crêmeux, car on sait que les collections froides peuvent revêtir ces deux apparences. La paroi irrégulière et tomenteuse, recouverte d'une couche puriforme, plus épaisse et plus condensée, rappelle à s'y méprendre, celle d'un abcès froid. Ces formes peuvent acquérir de grandes dimensions; ce sont « de véritables abcès froids de la trompe » ne différant en rien de ceux qui se développent ailleurs.

En 1905, Leriche présente à la Société des sciences médicales de Lyon, au nom de M. Albertin, deux énormes abcès froids tubaires développés exclusivement dans la paroi externe des trompes et que M. Albertin considère comme « un cas typique de tuberculose génitale, d'abcès froid tubaire ».

Une belle observation d'abcès froid tubaire est rapporté dans un article de Jamin et Violet (*Lyon Médical*, 1904; De la tuberculose génitale chez la femme); Patel (Société de chirurgie de Lyon, 7 décembre 1905) présente un double pyosalpinx opéré par M. Jaboulay.

Pozzi (*Traité de gynécologie*) parle de l'abcès froid tuberculeux de la trompe ou pyosalpinx tuberculeux, comme étant difficile à reconnaître, lorsqu'il n'existe pas en même temps des lésions similaires de l'ovaire, de l'utérus et du péritoine.

Violet (*Lyon Médical*, 1907) rapporte un autre cas d'abcès froid tubaire et dit que cette forme de tuberculose salpingienne mérite d'être isolée; elle doit être recherchée avec soin, sa nature pouvant échapper à un simple examen macroscopique.

Or, si les faits publiés sont peu nombreux, il semble cependant, à la lecture des cas de tuberculose tubaire, que depuis longtemps on a observé des cas semblables à ceux qui ont été rapportés dans ces dernières années. Nous lisons en effet dans le traité clinique des maladies des femmes de Robert Barnes, 1866, que le musée Saint-Thomas, à Londres, renferme une pièce montrant les deux trompes dilatées, ayant une forme sphérique. Le kyste droit était rempli de liquide sanguin, et on y voit encore des caillots aplatis à la partie supérieure. Le

kyste gauche est rempli par une masse blanche, graisseuse, ressemblant à du pus. La pièce provient d'une femme de 20 ans, morte phtisique. Des faits identiques ont été signalés par les classiques et l'on rapporte un peu partout le cas d'Aran (pyosalpinx remontant jusqu'à l'ombilic) et Stemann (tumeur contenant plus de deux litres de pus). Jeannel (pyosalpinx tuberculeux, Congrès pour l'avancement des sciences, session de Toulouse, et *Semaine Médicale*, 1887, page 377) rapporte un cas de pyosalpinx formant une tumeur qui remontait au-dessus de l'ombilic.

Dans un cas de Werth (Über Genitaltuberculose, 3^e Congrès allemand de gynécologie, Fribourg, 1889, in *Cent. für gyn.*, n° 29), le pyosalpinx était énorme et contenait deux litres de pus.

Dans le cas d'Horteloup et de Routier on prit pour un kyste ovarique un pyosalpinx tuberculeux énorme.

Amann, au congrès de Rome, parle de pyosalpinx tuberculeux énormes et il a eu l'occasion d'enlever des trompes purulentes tuberculeuses, à lésions bilatérales, du volume d'une tête d'enfant.

Ladinski (Société de gynécologie de New-York, in *Medical Record*, 11 janvier 1902) diagnostique chez une malade un kyste de l'ovaire, et à l'opération il voit que tout le côté droit du petit bassin était comblé par une masse ressemblant à un hématome. La séreuse péritonéale qui enveloppait la trompe était recouverte de petits nodules tuberculeux. L'examen bactériologique confirma le diagnostic. Fumeaux, Jourdan (Double pyosalpinx tuberculeux, *Brit. gynécol.*, 13 octobre 1904), rapporte l'histoire clinique d'une jeune fille de 21 ans qui

présentait deux tuméfactions au-dessus du bassin. L'état général étant bon, l'auteur pensa à un kyste de l'ovaire. La malade fut opérée et on lui enleva les deux trompes dont l'une, la droite, était plus volumineuse ; quelques tubercules étaient disséminés sur le péritoine du ligament large.

Thévenard (Société anatomique de Paris, 23 février 1906), en opérant une malade, chez laquelle il avait constaté une tuméfaction hypogastrique s'étendant de chaque côté dans les fosses iliaques, trouve deux tumeurs : la droite parsemée de petites granulations, la gauche du volume de deux poings. L'examen macroscopique des deux pièces montre que chacune d'elles est constituée par la trompe. A l'incision de ces tumeurs, on trouve dans leur épaisseur, des kystes à contenu purulent et grumeleux. L'examen histologique montre qu'il s'agit de salpingo-ovarite tuberculeuse.

Tels sont les faits et les documents qui nous ont permis d'établir l'histoire des abcès froids tubaires, auxquels faits nous ajouterons nos observations encore inédites.

CHAPITRE IV

Etiologie. — Pathogénie.

L'étiologie des abcès froids tubaires se confond avec celle de la tuberculose tubaire. Elle est soumise aux mêmes lois de pénétration du bacille, et en étudiant la fréquence de la tuberculose tubaire, nous avons montré l'importance de la voie sanguine et la réalité de la tuberculose autogène de la trompe. Ce sont des femmes jeunes qui sont le plus souvent atteintes. Toutes nos observations se rapportent à des femmes dont l'âge varie entre 20 et 30 ans ; la plus jeune femme atteinte ayant 19 ans, la plus âgée, 28 ans et demi. Dans les antécédents des malades, on ne retrouve, chez aucune, les commémoratifs d'une blennorrhagie antérieure. Elles n'ont eu ni grossesse, ni fausse couche. Nous verrons tout à l'heure l'importance de ces faits. Deux, d'entre elles, sont vierges, anatomiquement parlant, bien que cet état spécial ne les mette pas à l'abri d'une infection génitale. On sait en effet la fréquence des infections vulvo-vaginale chez les petites filles. Mais chez nos malades, nous avons rencontré le minimum d'infections antérieures.

Leurs antécédents héréditaires ou personnels sont excessivement peu chargés au point de vue bacillose. Pour la plupart ce sont des femmes ou filles de la campagne. Quatre malades ne présentent absolument rien dans leurs antécédents ; parmi les autres, l'une d'entre elles a eu une atteinte de péritonite à l'âge de 16 ans ; une autre a

eu quelques légers rhumes et une bronchite ; une troisième a présenté quelques hémoptysies.

C'est dire que l'affection tubaire représente tout l'état pathologique de ces malades, pour ne pas employer le mot de tuberculose primitive, qui a tant suscité de controverses et sur laquelle nous nous sommes déjà expliqués.

La véritable cause de ces abcès froids est, l'avons-nous dit, le bacille de Koch. Cette preuve a été faite par l'inoculation dans un cas, par l'examen histologique dans 5 cas, dans 2 autres, la nature tuberculeuse de l'abcès froid était évidente par la coexistence de lésions manifestement tuberculeuses sur le péritoine ou les organes voisins.

La nature tuberculeuse de ces lésions étant bien établie, il y a lieu de se demander pourquoi la trompe réagit de façons si différentes vis-à-vis du bacille de Koch ; pourquoi des formes anatomiques si variées, par leur évolution et par leurs lésions, comme la salpingite interstitielle, les pyosalpinx aigus, l'abcès froid tubaire.

Il est bien difficile à un pareil problème de répondre autrement que par des hypothèses que viendront peut-être confirmer un jour des données cliniques ou bactériologiques plus certaines.

Ce que nous savons déjà, de par les lois de pathologie générale, c'est que le bacille de Koch, par lui-même ou par ses toxines, semble se comporter de façons différentes et qu'affaiblissement du bacille, résistance plus grande des tissus, état antérieur de l'organe tendent à modifier l'allure clinique et anatomique d'une affection. La suppuration chronique, l'abcès froid en un mot, sem-

ble être une des manifestations atténuées de la tuberculose et il se passe pour la trompe ce qu'on rencontre dans d'autres parties de l'organisme.

Nous signalions plus haut l'importance du fait que nous ne retrouvions chez nos malades aucune trace d'infections antérieures, blennorrhagique ou puerpérale. Aucune d'entre elles n'a eu d'accouchement. Les trompes semblent donc vierges de toute infection. Il y a là un état tout spécial dont il faut tenir compte dans la pathogénie de l'abcès froid tubaire. Dans les salpingites ordinaires, purulentes, il n'y a jamais disparition des plis de la muqueuse tubaire. Ils sont au contraire le plus souvent hypertrophiés, adhérents entre eux, pouvant circonscrire des cavités où le pus peut s'enkyster. Il arrive même que la lumière de la cavité tubaire peut être complètement effacée. Dans les abcès froids tubaires, ces replis ont complètement disparus, phénomène, qu'on ne retrouve nulle part ailleurs dans l'histoire des salpingites. Cette absence de plis et replis semble être une des conséquences de la virginité des trompes au point de vue des infections antérieures, que semble encore démontrer l'absence à peu près complète de lésions ou d'adhérences péritonéales. C'est aussi un des facteurs de la distension des trompes, qui ne pourraient acquérir un très grand développement, s'il existait des lésions du péri-
loine.

Pour que l'abcès froid puisse se produire, il faut que la trompe puisse se distendre, et elle ne peut le faire que si les parois sont saines, non altérées et non sclérosées. Il faut supposer une lésion limitée et localisée à la muqueuse tubaire, produisant une sécrétion purulente

continue. Il faut supposer également une fermeture précoce de l'ostium abdominale, condition absolument nécessaire à la distension de la trompe.

Si on tient compte du fait de l'absence d'adhérences ou de lésions péritonéales, de la disparition complète des plis et replis tubaires, tous faits étudiés au chapitre d'anatomie pathologique ; si, d'autre part, on se souvient que c'est dans la muqueuse que la tuberculose débute, on peut, dès lors, se représenter une lésion tuberculeuse atténuée, localisée à une portion très limitée de la muqueuse tubaire, saine jusque-là, amenant l'oblitération de l'ostium abdominale et produisant une suppuration continuelle. La trompe est transformée en cavité close, car l'ostium uterinum est fonctionnellement fermé. Le pus s'accumule sous tension et amène la distension de la trompe. Cette distension se produit surtout aux dépens de la partie externe de la trompe, l'ampoule, qui est la portion la plus élastique de la trompe, comme l'ont établi les données physiologiques.

Cette idée d'une tuberculose atténuée semble trouver une confirmation dans l'existence de certains faits qui montrent qu'à l'heure actuelle, nous ne connaissons pas encore toutes les réactions de la trompe par rapport au bacille tuberculeux. Nous voulons parler de l'hydrosalpinx, sur la nature duquel on n'est rien moins que fixé, et dont quelques-uns, peut-être beaucoup, seraient de nature tuberculeuse.

Dans la thèse de Chaufon, on lit que la salpingite tuberculeuse chronique n'affecte que, très exceptionnellement, la forme de l'hydrosalpinx. J. Edgar (*Glasgow Medical*, janvier 1902) rapporte l'observation d'une péri-

tonite tuberculeuse et salpingo-ovarite, où la tumeur, constituée par les annexes droites, contenait un liquide séreux et était recouverte de tubercules miliaires. James Targett (congrès de l'Association médicale britan., *Brit. Méd. Journ.*, octobre 1903) écrit, à propos de la tuberculose miliaire de la trompe, que les lésions miliaires siègent surtout au niveau du pavillon, dont l'orifice peut se fermer ; il peut en résulter un hémato ou un hydrosalpinx.

G.-J. Tomson (contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme, *Journal Akouch.*, I, Geusk., Bol., 1904) rapporte un cas de tuberculose primitive de la trompe droite : hydrosalpinx droit. On a constaté la présence des bacilles de Koch dans le liquide.

Ces faits, trop peu nombreux, plaident en faveur de la nature tuberculeuse de certains hydrosalpinx. Cette nouvelle forme de tuberculose tubaire, hydrosalpinx tuberculeux, si elle était nettement démontrée, ne peut être que le résultat d'une inflammation atténuée. Il ne serait pas impossible de les voir transformer à un moment donné, et, pour une cause indéterminée, en pyosalpinx froid, ou abcès froid tubaire. *A priori*, cette hypothèse n'est pas inadmissible, car on admet que certains hydrosalpinx peuvent s'infecter secondairement.

De cette discussion étiologique et pathogénique, nous relierons surtout les données suivantes :

L'abcès froid tubaire survient chez les femmes jeunes, exemptes de toute infection génitale antérieure. L'abcès froid éveille l'idée d'une tuberculose atténuée, restant limitée à la muqueuse tubaire et subissant une sorte d'enkystement.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Cette forme de tuberculose tubaire, l'abcès froid, n'est pas moins curieuse à étudier au point de vue anatomique et l'ensemble des lésions, qui la constituent, est très caractéristique. Il suffirait, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les figures que nous publions et qui valent mieux que toute une description.

Les deux trompes sont atteintes, sauf dans une de nos observations où l'affection était unilatérale, ce qui n'empêche pas la trompe du côté opposé de pouvoir présenter des lésions tuberculeuses.

Le siège qu'ils occupent est variable, suivant la situation primitive des trompes ou leur fixation secondaire et le volume de l'abcès. Tantôt situés sur les côtés de l'utérus, comme les kystes intraligamentaires, tantôt occupant le Douglas, ils peuvent déborder, par en haut, le détroit supérieur pour occuper la cavité abdominale, ils sont à la fois pelviens et abdominaux. Dans deux cas, leur situation était surtout abdominale.

Ils semblent surtout développés aux dépens de la partie externe de la trompe, l'ampoule, tandis que les portions interstitielle et isthmique leur constituent une sorte de pédicule qui les relie à l'utérus. Ces deux dernières

portions prennent part également à la constitution de l'abcès froid, mais beaucoup moins élastiques que la portion ampullaire de la trompe, elles se laissent moins distendre par le pus. On ne peut pas dire que leur forme générale rappelle la forme de la trompe ; car les franges et le pavillon ont disparu. Mais si on pouvait insuffler une trompe saine, comme elle est inégalement extensible, sa forme nouvelle rappellerait l'abcès froid tubaire. Les trompes distendues par le pus ressemblent parfois à une sorte de poire dont la grosse extrémité renflée répond au pôle ovarien de la tumeur et va en s'amincissant pour aboutir à cette sorte de pédicule qui l'unit à la corne utérine. Plus souvent, elles rappellent la forme d'une grosse aubergine, ou d'une cornemuse, et c'est bien là l'aspect qu'elles nous présentent dans les deux figures de ce travail.

Leur volume est toujours considérable ; atteint et dépasse le volume d'une tête fœtale. Dans un cas de Ste-man, la trompe droite mesurait 23 centimètres et pesait 647 grammes. Dans un autre cas du même auteur, la trompe gauche, la seule malade, mesurait 24 centimètres et contenait environ deux litres de pus. Dans une de nos observations, la tumeur, très volumineuse, remontait jusqu'au foie, auquel elle adhérait. Dans une autre de nos observations, nous trouvons mentionné que les deux trompes renfermaient chacune un demi-litre de pus. Dans une troisième observation, le poids total des deux poches tubaires est de 850 grammes ; la droite pèse 370 grammes, la gauche 495 grammes.

La conformation extérieure de ces tumeurs n'est pas moins remarquable que leur volume. Elle rappelle l'as-

pect nacré blanc bleuâtre des vieux kystes de l'ovaire ; parfois leur surface est blanc grisâtre. Ce qui frappe surtout, c'est leur apparence lisse et régulière. En effet, d'une façon générale, il n'existe pas d'adhérences entre ces tumeurs et les organes avoisinants, sauf cependant dans un cas où une des tumeurs était adhérente dans le Douglas, ce qui gêna beaucoup les manœuvres d'extirpation. Quelques adhérences molles et insignifiantes sont signalées, mais sur quelques parties très limitées. Cette absence d'adhérences, dans certains cas de pyosalpinx, avait déjà été signalée à une époque où on connaissait peu cette forme de tuberculose tubaire. « Des trompes pleines de pus, entraînées par leur propre poids, tombent en arrière de l'utérus, dans le Douglas sans qu'il se développe de péritonite et elles peuvent y rester sans contracter des adhérences. C'est là un fait curieux, réel, mais très rare (Delbet, *Traité des suppurations pelviennes*). » Sœuvre (thèse, Paris), avait déjà signalé ces faits. Cette absence d'adhérences explique la mobilité de ces tumeurs, nettement constatée dans la plupart des cas.

On ne retrouve pas de lésions macroscopiques tuberculeuses sur cette paroi externe. Par contre, il est assez fréquent de trouver quelques granulations péritonéales, tout à fait indépendantes d'ailleurs de la tuberculose tubaire et évoluant pour leur propre compte.

Nous avons déjà signalé la disparition du pavillon, dont on ne retrouve plus les traces. L'ostium abdominal est oblitéré. Cette occlusion parfaite de la trompe est nécessairement une des conditions de la rétention du pus. L'ostium utérinum est le plus souvent perméable : son oblitération n'est nullement nécessaire, car il est

souvent impossible de faire passer, par cet orifice des liquides, injectés sous forte pression.

La surface interne de la trompe présente un aspect généralement jaunâtre où il est bien difficile d'y voir une surface muqueuse, mais plutôt la membrane pyogénique de tout abcès froid. Si dans quelques cas, on a pu voir un semis de granulations miliaires, il n'existe généralement aucune trace de tuberculose macroscopiquement appréciable. Pas d'ulcérations. Un fait des plus caractéristiques est l'absence de tout repli pouvant rappeler les villosités de la muqueuse tubaire ; à peine voit-on, par place, quelques saillies surélevées, derniers vestiges des replis disparus.

Le contenu des abcès est un liquide puriforme rappelant le pus des abcès froids tuberculeux, et, comme lui, pouvant présenter des aspects divers suivant le degré plus ou moins ancien de ces lésions. Tantôt il s'agit d'un pus verdâtre très concret, véritable mastic caséeux ; tantôt il s'agit d'un pus épais, couleur purée de pois ; parfois c'est un liquide jaunâtre louche, sorte de liquide puriforme, tenant en suspension des débris caséeux. Ce pus contient-il des bacilles ? Cela est probable. Dans un de nos cas, la recherche du bacille a été négative.

La constitution histologique de la paroi, rappelle celle de la trompe elle-même, avec, surajoutées les lésions tuberculeuses proprement dites. On y retrouve tous les éléments de la muqueuse tubaire ; par contre la tunique musculaire a presque complètement disparu ; il en persiste cependant quelques éléments ; elle semble avoir été remplacée par du tissu fibreux et par un processus de sclérose où toute circulation semble avoir disparu.

C'est dans la muqueuse et sous-muqueuse que prédominent les lésions caractéristiques de la tuberculose ; elles consistent surtout en productions de grosses cellules épithéliales, entourées de cellules lymphoïdes de nouvelle formation et quelques cellules géantes. Ces formations cellulaires sont groupées par place et rappellent de tous points la constitution du follicule tuberculeux.

CHAPITRE VI

Etude clinique et Diagnostic.

I. — ETUDE CLINIQUE.

Une affection aussi latente dans ses débuts, aussi silencieuse dans ses manifestations symptomatiques que les abcès froids tubaires, prête peu à des considérations cliniques très étendues et nous oblige à serrer de près la réalité. Mais, d'autre part, les faits sont peu nombreux et par cela même, ils sont mieux analysés. Cette étude nous sera encore facilitée par une considération assez importante, à savoir que le cadre clinique, dans lequel ils se meuvent, est à peu près identique. C'est ce qui semble résulter de la lecture des observations, puisées à des sources totalement différentes.

Comme leurs congénères du mal de Pott, les abcès froids tubaires semblent vouloir déjouer à la fois le clinicien et les malades dans leurs manifestations du début et si celui-ci est quelquefois différent, on peut dire qu'ils ont cela de commun que souvent le hasard les fait découvrir et que souvent il est bien difficile, de par l'analyse des faits, de remonter à la période exacte du début de l'affection.

C'est ainsi que dans un cas, c'est le traumatisme qui

attire l'attention sur un abcès probablement existant déjà ; dans deux autres, on signale comme phénomènes du début quelques troubles douloureux abdominaux. Dans trois autres cas, le premier phénomène constaté et qui se signale à l'attention du malade, est l'augmentation de volume du ventre.

Chez une autre de nos malades, il existait de la fréquence des mictions, quelques pertes blanches et douleurs pelviennes. En somme rien n'est plus variable que la première manifestation symptomatique des abcès froids tubaires.

Or, une fois constitués, les abcès froids n'ont pas une symptomatologie subjective bien nette. Ce qui nous semble le plus constant et qu'on retrouve à peu près dans toutes les observations, ce sont les douleurs que les malades accusent au niveau du pelvis. Ce ne sont pas des douleurs au sens vrai du mot, mais de simples pesanteurs, une sensation de gêne, de tension pelvienne, de tiraillements derrière le pubis, avec irradiations au niveau des lombes et des membres inférieurs et avec impression de ballonnement subjectif abdominal, qui correspond quelquefois à du ballonnement vrai. Ces diverses sensations subjectives qui sont le fait d'une tumeur pelvienne, sont le plus souvent intermittentes, permettant généralement aux malades de faire leur travail habituel. Ce n'est que rarement, comme dans une de nos observations qu'elles sont continues. Dans tous les cas, jamais de processus aigus douloureux.

Le développement de ces tumeurs volumineuses qui constituent les abcès froids tubaires, semblerait devoir apporter quelque trouble du côté des organes qui sont

contenus dans le bassin, or, il n'en est rien. Quelques troubles de la menstruation: aménorrhée, d'autrefois des métrorrhagies, le plus souvent une menstruation régulière, quelques troubles vésicaux, rarement des troubles intestinaux, tous ces faits sont trop inconstants, trop irréguliers pour être mis sur le compte des abcès froids tubaires.

Ce qui contribue encore à imprimer un caractère de latence aux abcès froids tubaires, c'est l'absence de troubles généraux. Tous les malades présentent un état général bon qui contraste avec la présence d'une quantité de pus quelquefois considérable dans l'abdomen et qui rend l'analogie plus saisissante avec les abcès froids potiques. Nous devons cependant signaler qu'il peut exister un peu d'amaigrissement, de la faiblesse générale.

On comprend que, dans ces conditions de bonne santé générale, la fièvre fasse défaut et, que dans les périodes d'hospitalisation, où on a pu examiner les malades, à ce point de vue, on n'ait trouvé d'autre irrégularité thermique que celle qu'on peut trouver chez toute personne bien portante.

Si dans leurs manifestations subjectives, les abcès froids tubaires sont plutôt silencieux, il est rare qu'ils n'attirent l'attention des malades lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré de développement. Toutes les malades, à peu près, signalent l'augmentation de volume de leur ventre, lorsqu'elles ne découvrent pas elles-mêmes une tuméfaction sur laquelle elles attirent l'attention. C'est qu'en effet, les abcès froids tubaires, de par leurs dimensions, sont devenus des tumeurs abdominales ; ils occupent les fosses iliaques, au niveau desquelles on les

délimite; parfois plus franchement médians, ils atteignent l'ombilic, qu'ils dépassent quelquefois.

Dans certains cas, ils font franchement saillie sous la paroi au niveau de laquelle ils se dessinent, et l'absence d'anses intestinales à ce niveau permet d'apprécier assez exactement la matité de cette tuméfaction, qui rappelle de tous points celle d'un kyste de l'ovaire.

L'exploration abdominale ne permet d'apprécier qu'un des côtés de la tuméfaction, mais grâce au toucher, combiné à la palpation abdominale on arrive à délimiter nettement ces tumeurs.

Or, le toucher vaginal montre à peu près dans tous les cas la souplesse des culs-de-sac vaginaux et dans deux cas, l'absence de toute tumeur. Au niveau du Douglas cela s'explique facilement, car, c'est dans ces deux cas, où la tumeur dépassait l'ombilic, on avait affaire à une tumeur franchement abdominale.

Dans les autres observations on sent nettement, soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans les culs-de-sac latéraux, une tuméfaction le plus souvent régulière, dure, rénitente, donnant assez nettement l'impression d'une poche liquide, mais sans fluctuation. Dans la majorité des cas, l'utérus est bien délimité, et on peut constater son indépendance complète par rapport à la tuméfaction. Celle-ci est mobilisable et dans ses déplacements elle n'entraîne pas l'utérus.

Cette mobilité est d'autant mieux appréciée qu'on utilise le palper combiné au toucher. Les chocs imprimés à la tumeur abdominale, les mouvements communiqués se transmettent intégralement à la tumeur sentie par le toucher, réserve faite pour quelques adhérences, d'ailleurs

fort rares, qui viendraient émousser les sensations perçues.

Il va sans dire qu'on a le plus souvent affaire à une tuméfaction bilatérale, nettement délimitable lorsqu'elle occupe chacun des culs-de-sac latéraux ; mais même, lorsque les deux abcès froids tubaires occupent le cul-de-sac de Douglas, les renseignements fournis par le palper, le toucher vaginal et rectal, sont assez précis pour qu'on puisse délimiter très nettement leur disposition par rapport entre eux et par rapport à l'utérus. On sent le plus souvent un sillon qui les sépare et une mobilité indépendante, qui fait que les deux tumeurs glissent l'une sur l'autre, en sens opposé, dans les mouvements qui leur sont transmis. Ces tumeurs sont absolument indolores dans les manœuvres d'exploration.

II. — DIAGNOSTIC.

Début insidieux, symptomatologie fruste, évolution torpide, telle est la caractéristique des abcès froids tubaires, et n'étaient les faits observés, on se figurerait difficilement qu'une femme puisse porter dans l'abdomen deux poches remplies de pus sans offrir des phénomènes graves.

Leur tableau clinique ne diffère pas beaucoup des tumeurs kystiques pelviabdominales et l'erreur est classique de les prendre pour un kyste de l'ovaire ; c'est l'erreur commise dans la plupart de nos observations et qui avait été faite déjà dans les observations de Jeannel, Fumeaux-Jourdan, Ladinski, Horteloup et Routier, etc. Dans deux de nos observations, le diagnostic a pu être

fait en se basant surtout sur la bilatéralité des abcès froids, ce qui se voit plus rarement pour les kystes, sur leur forme, qui est plutôt aplatie et allongée, et qui est moins franchement sphérique ; la présence de bosselures, la sensation plus nette de fluctuation, et la perception de flot, quand la tumeur a acquis un certain volume sont, plutôt en faveur d'un kyste. Nous en dirons autant d'une ascite légère.

Nous penserons plus volontiers à l'abcès froid tubaire, s'il existe quelques antécédents tuberculeux, comme on a pu le retrouver dans certains cas, s'il existe quelques douleurs légères, un état de dépérissement que rien n'explique, et une évolution plus rapide. Mais si le kyste de l'ovaire est en voie de torsion, il peut exister des douleurs qui apparaissent et rétrocedent facilement et viennent rendre le problème insoluble. Il en est de même des hémorragies intra-kystiques et des inflammations péritonéales, qu'on rencontre autour des kystes.

Ce qu'on vient de dire pour le kyste de l'ovaire, s'applique également aux autres tumeurs kystiques : kystes intraligamentaire, hydrosalpinx.

Le premier est assez franchement latéral et unique. L'hydrosalpinx sera plus difficilement différencié ; il est lui aussi plus souvent bilatéral ; il est rare cependant qu'il atteigne les dimensions de l'abcès froid tubaire, et dans ses conditions, il est plus franchement fluctuant. Ce diagnostic différentiel impose toujours quelques réserves et pour rester plus près de la vérité anatomique, on se contentera souvent de porter le diagnostic de tumeurs kystiques bilatérales des trompes.

Si quelques pyosalpinx de nature blennorrhagique ou

puerpérale, refroidis à un moment de leur évolution, peuvent en imposer au point de vue anatomique pour un abcès froid tubaire, ils seront toujours distingués de par leur histoire clinique elle-même.

La grossesse tubaire, silencieuse dans ses débuts, et dont l'évolution marche assez rapidement, pourrait être confondue avec un abcès froid unilatéral, l'hypertrophie concomitante de l'utérus avec des signes probables de grossesse, en sont les signes différentiels.

Nous ne citerons que pour mémoire l'hématosalpinx qu'on nous dit être toujours unilatéral, les tumeurs fibrokystiques de l'utérus, l'hydronéphrose, les kystes du mésentère.

L'abcès froid tubaire qui peut simuler des affections si diverses en quelque sorte, est donc d'un diagnostic toujours difficile, et bien que depuis un demi-siècle l'art de diagnostiquer les affections abdominales ou gynécologiques ait fait de grands progrès, il arrivera au clinicien le plus habile de les méconnaître. Ce diagnostic est cependant possible et c'est par l'analyse minutieuse des symptômes qu'on arrivera au minimum d'erreurs possible. Se souvenir qu'on a affaire à des femmes jeunes, exemptes de blennorrhagie et de puerpéralité, suspectes de tuberculose, présentant une tumeur abdomino-pelvienne, le plus souvent bilatérale et dont l'évolution s'accompagne de quelques troubles douloureux, d'amaigrissement, et de faiblesse générale.

CHAPITRE VII

Traitement.

Avant toute discussion de thérapeutique chirurgicale, on peut poser comme axiome que tout foyer de tuberculose localisée doit être enlevé, réserve faite pour des contre-indications, qui sont ici exceptionnelles, du moins nous ne les avons jamais rencontrées. La question semble donc résolue: il faut opérer les abcès froids tubaires. Nous ne connaissons pas, il est vrai, leur évolution, et nous avons fait entrevoir leur guérison possible par leur transformation séreuse et la formation d'un hydrosalpinx. Mais en admettant fondée cette hypothèse, il n'en est pas moins vrai que c'est un pis aller, car l'hydrosalpinx peut aboutir lui-même à des accidents de torsion pouvant mettre la vie des malades en danger, et il resterait dans l'abdomen une tuméfaction pouvant donner lieu à des douleurs ou tout au moins à une gêne pelvienne, objet de préoccupation constante pour les malades.

Peut-on espérer la guérison des abcès froids tubaires par l'évacuation possible dans une anse intestinale, dans la vessie ou le cul-de-sac vaginal? Le remède est peut-être pire que le mal, car c'est le point de départ d'infections secondaires, et en admettant l'issue la plus favorable : l'ouverture dans le vagin, c'est la fistule vaginale

avec toutes ses conséquences, ses dangers, ses inconvénients, qui feront réclamer par les malades une intervention beaucoup plus grave que l'ablation primitive de l'abcès froid tubaire.

Il faut opérer cela dès que le diagnostic est posé, et le plus tôt possible; non pas qu'il y ait un danger immédiat, mais il n'est peut-être pas indifférent de laisser dans l'abdomen des trompes volumineuses remplies de pus, pouvant se rompre par le fait d'un accident ; et, d'autre part, attendre, c'est peut-être s'exposer à voir se produire des adhérences, rares il est vrai, mais possibles. Ces adhérences augmentent les dangers opératoires, qu'il s'agisse d'adhérences à l'intestin ou pelviennes, venant compliquer les manœuvres d'extirpation.

La nécessité d'opérer étant bien démontrée, que doit-on faire? Nous rejetons immédiatement l'idée d'une ponction de ces poches par voie vaginale; pour simple que puisse paraître cette intervention, elle pourrait être dangereuse et nullement curatrice. Reste l'ablation de ces poches par voie vaginale ou abdominale, avec ou sans ablation de l'utérus et des annexes. Ce sont ces différentes propositions que nous allons discuter, en résolvant immédiatement la question de la voie à suivre.

La voie vaginale longtemps employée pour toutes les opérations gynécologiques, nous semble ici absolument contre-indiquée pour des raisons multiples. Il ne faut pas oublier qu'on a affaire à des tumeurs plus abdominales que pelviennes. En raison de leur volume, elles nous paraissent difficilement pouvoir être extirpées par une incision vaginale et le fait d'adhérences toujours possibles rendraient cette opération inexécutable.

La voie abdominale nous paraît seule indiquée ; elle tire ses avantages d'abord des contre-indications fournies par la voie vaginale ; ensuite, elle permettra d'affirmer la nature des lésions que la voie vaginale pourrait laisser dans le doute ; de se rendre compte, et ce n'est pas le moindre avantage, de ce qui se passe du côté de la cavité pelvienne, et de voir exactement l'état des lésions. Elle rendra ainsi possible l'ablation complète des foyers malades, car en matière de tuberculose, il faut extirper largement.

C'est la voie abdominale qui a été suivie dans toutes nos observations. Si, à ce sujet l'avis est unanime, la conduite semble avoir été quelque peu différente à la fois pour l'utérus et pour les annexes.

Dans l'observation de Tixier, on fait une hystérectomie totale.

Dans l'observation de Patel, les trompes seules furent enlevées.

Dans les deux observations de Pollosson les deux trompes furent enlevées, avec conservation de l'ovaire gauche.

Dans les trois observations du Dr Albertin, on fit une hystérectomie subtotale.

La conduite à tenir vis-à-vis de l'utérus et des annexes nous semble devoir se poser dans deux circonstances différentes : les abcès froids tubaires sont bilatéraux et c'est le cas le plus fréquent ; ou bien une trompe seule est atteinte ; l'ovaire et la trompe du côté opposé sont indemnes de toute lésion. Ce dernier cas, si rare qu'il soit, doit être néanmoins envisagé. Il faut faire un traitement conservateur, car il s'agit de femmes jeunes, et il

n'est pas indifférent pour elles de leur imposer une mutilation inutile et de les priver d'organes susceptibles d'une procréation ultérieure. On peut donc poser comme principe qu'il faut à ces malades conserver leur utérus et leurs annexes sains, la présence de lésions suspectes imposant la castration.

Les abcès froids sont bilatéraux le plus souvent ; les ovaires peuvent être sains ou eux-mêmes atteints de lésions tuberculeuses ; l'utérus paraît sain le plus souvent, ou plutôt rien ne semble démontrer macroscopiquement sa participation au processus tuberculeux. Quel que soit l'état des organes, ovaires et utérus, du fait de la nécessité d'enlever les trompes, les femmes sont définitivement stériles, et dès lors, il faut se garder des opérations conservatrices ; et si dans les salpingites chroniques simples on doit chercher à sauvegarder ce qui est sain, lorsqu'il s'agit de tuberculose on doit le proscrire. On n'est jamais sûr qu'un ovaire, au contact d'une trompe tuberculeuse ne présente aucune lésion de même nature, bien que celle-ci ne soit pas appréciable macroscopiquement ; et si l'ovaire est tant soit peu adhérent à la trompe malade, il est illusoire de chercher à le conserver par une libération artificielle. Toute concession à la sécrétion interne nous paraît dangereuse, et il vaut mieux courir les chances d'une opération complète et radicale, plutôt que de s'exposer à des récidives, dans l'espérance de bénéficier d'une conservation opothérapique.

C'est pour des raisons semblables qu'on doit sacrifier l'utérus. En se contentant d'enlever seulement les trompes, il reste un moignon tubaire, dont il est bien difficile de dire qu'il ne renferme aucune lésion tuberculeuse.

D'autre part, nous l'avons dit, on n'est jamais sûr que l'utérus ne soit lui-même atteint, et contrairement à ce qui se passe en matière judiciaire, ici le doute ne doit pas profiter à l'accusé. Il faut sacrifier l'utérus, car il est devenu un organe inutile, infécond ; il est peut-être dangereux. L'ablation de l'utérus, lorsque les manœuvres opératoires sont quelque peu difficiles, rend la décortication des annexes beaucoup plus facile.

Toutes ces considérations nous font donc une nécessité d'enlever les annexes et l'utérus, en cas d'abcès froids tubaires, et nous proposerons pour ce faire l'hystérectomie subtotal. Nous ne reprendrons pas ici toute la discussion qui sépare les partisans de l'hystérectomie totale ou subtotal. Mais nous ferons remarquer que l'ablation des deux trompes purulentes lorsqu'on veut éviter la rupture est toujours assez longue, et l'hystérectomie subtotal permet d'abréger la longueur de l'intervention ; l'hémostase est beaucoup plus simple. Les dangers qui résultent de la persistance du col sont peu à craindre, car le col est rarement atteint de tuberculose.

Tous ces faits rendent le pronostic de cette intervention beaucoup plus favorable. Si cependant il y avait une difficulté considérable à pratiquer l'hystérectomie subtotal, difficulté résultant des adhérences au niveau du Douglas, de l'immobilisation complète du bloc utéro-annexiel, de la difficulté d'attirer les tumeurs par en haut, on pourrait avoir recours dans ces cas-là à l'hystérectomie totale.

CHAPITRE VIII

Observations.

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr VILLARD, chirurgien des hôpitaux.)

M^{me} X..., 20 ans. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires. Personnellement, n'a jamais présenté d'affections graves antérieures. Néanmoins, toute sa période d'adolescence a été marquée par des poussées fébriles, atteignant 39° et 40°, sans qu'on ait pu déterminer exactement la cause de ces accidents. L'interrogatoire rétrospectif permet cependant de retrouver des poussées douloureuses du côté de l'abdomen, du pelvis, et de la région sacrée. Depuis un an, l'état général s'est modifié; amaigrissement, fièvre, douleurs dans l'appareil utéro-annexiel. Ces accidents déterminent un examen génital, qui démontre l'existence de deux grosses salpingites, du volume d'un gros poing, situées à droite et à gauche de l'utérus. Ces collections constituent des masses arrondies, lisses, donnant l'impression de kystes dermoïdes de l'ovaire.

Une intervention est décidée. Elle est pratiquée le 16 avril 1903. Laparotomie médiane. Ablation bilatérale des deux trompes et des ovaires. Conservation de l'utérus. Pendant l'intervention, on constate la présence de petites granulations sur l'intestin contenu dans le pelvis. Drainage Mickulickz.

Les trompes enlevées représentent deux grosses masses arrondies, lisses, de coloration blanchâtre. Elles étaient no-

tablement adhérentes à l'intestin grêle et au côlon pelvien. Elles contiennent du pus épais, véritable mastic rappelant le caséum des tuberculomes. Les ovaires présentaient aussi des granulations tuberculeuses qui ont nécessité leur ablation. Suites opératoires immédiates, normales; mais vers le dixième jour s'établit une fistule pyo-stercosale.

L'examen histologique montre l'existence de lésions tuberculeuses nettes.

Suites opératoires éloignées. La fistule pyostercorale dura jusqu'en février 1904. A partir de ce moment, la guérison est complète. L'état général se relève rapidement. L'augmentation de poids est de 10 à 12 kilogrammes. Depuis la guérison s'est maintenue malgré quelques petites crises douloureuses survenant de temps en temps et attribuables à une sténose partielle de l'intestin.

OBSERVATION II (*inédite*).

Due à l'obligeance du D^r ALBERTIN.)

Diagnostic clinique : tumeurs kystiques bilatérales. — Diagnostic opératoire : double abcès froid tubaire.

J... Louise, 28 ans 1/2, entrée à la Charité le 16 mars 1908.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement à 13 ans. Pas de métrorrhagies, pas de pertes blanches. Péritonite à 16 ans.

Elle vient parce que son ventre a grossi, et parce qu'elle souffre dans la fosse iliaque droite presque continuellement et dans la fosse iliaque gauche, quelquefois. Pas de troubles digestifs. Pas de troubles urinaires. Etat général bon.

Signes physiques. — Col utérin normal, en position régulière, fermé. Fond utérin non perceptible, l'abdomen étant très tendu. On sent dans le Douglas deux masses saillantes, qui donnent l'impression de poches liquides. Elles viennent au contact l'une de l'autre à peu près au niveau de la ligne

médiane. Elles sont fixes, indolores à la pression. Celle de gauche est plus saillante dans le Douglas, on la retrouve par la palpation dans la fosse iliaque gauche. On peut la saisir entre les deux mains et son volume égale celui d'une petite tête d'enfant. La masse de droite est moins prolabée dans le Douglas et son fond remonte plus haut dans l'abdomen. On peut également la sentir entre les deux mains. Entre les deux tuméfactions, on sent, par le toucher rectal, un sillon très profond et très net. Malgré leur fixité relative, ces tumeurs sont abaissées nettement lorsqu'on déprime les fosses iliaques.

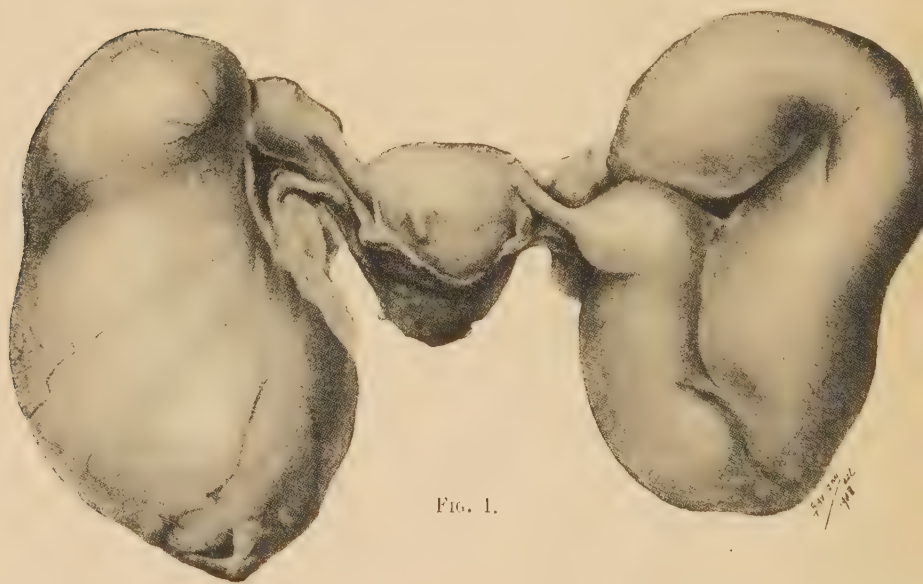


FIG. 1.

Intervention le 24 mars 1908 : Laparotomie.— On trouve tout d'abord de nombreuses adhérences de l'épiploon à l'utérus et aux trompes : adhérences qu'on libère assez facilement. A droite, on trouve une trompe très dilatée, grosse comme une poire et en rappelant assez bien la forme.

L'ovaire droit est en arrière de la tumeur qui, d'ailleurs, est facilement mobilisable. Il n'en est pas de même à gauche. Là, on a aussi une grosse trompe très dilatée, un peu plus volumineuse que du côté droit, mais très adhérente au péritoine du Douglas, si bien qu'elle est déchirée dans les manœuvres d'énucléation. Ablation des annexes et hystérectomie subtotal. L'examen des deux pièces montre qu'il s'agit de deux abcès froids tubaires. L'examen du pus n'a pas montré de bacilles de Koch.

L'examen histologique de ces pièces a été fait par M. le docteur Berce!l, médecin des hôpitaux, chef des travaux d'anatomie pathologique, que nous voulons remercier ici des soins qu'il a pris pour leur examen.

La coupe représente la paroi de la trompe qui est plutôt amincie; on y distingue encore des pinceaux de fibres musculaires lisses, avec un tissu intermusculaire scléreux, mais très tassé. La surface interne est représentée par une ligne irrégulière, formée de débris cellulaires qui, par endroits, constituent de véritables amas caséux, avec la teinte particulière des formations tuberculeuses dégénérées. Autour de ces points, on trouve des amas de cellules très volumineuses, d'aspect épithélioïde. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse là d'une paroi d'abcès froid.

OBSERVATION III (*inédite*).

(Due à l'obligeance du Dr ALBERTIN.)

Diagnostic clinique : gros abcès froids tubaires.

V... Marie, 21 ans 1/2, entrée dans le service de gynécologie du docteur Albertin le 23 mars 1908.

Antécédents héréditaires. — Père et mère cardiopathes. Cinq frères sont vivants et deux sont morts.

Antécédents personnels. — Quelques rhumes, bronchite

qui s'est prolongée pendant quelques mois cet hiver. Régulée à 10 ans irrégulièrement. Retard des règles de 15 jours, de 8 jours dans ces dernières périodes. Durée des règles : 4 ou 5 jours. Pertes blanches dans le courant de l'année dernière, sans caractères particuliers. Pas de commémoratifs de blennorrhagie. Pas de fausses couches. Pas d'accouchements.

Il y a un an la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur développée insidieusement dans la fosse iliaque droite. Depuis, le volume ne s'est pas accru, mais il y a 5 ou 6 mois, la malade a remarqué l'apparition d'une tumeur moins volumineuse du côté gauche. La malade dit n'avoir jamais souffert durant l'évolution de sa maladie. Actuellement, elle ne ressent qu'une sensation de pesanteur. Certains jours, il existe des tiraillements irradiés aux jambes et aux lombes, surtout si la malade est constipée. Troubles du côté de l'état général : amaigrissement, perte de l'appétit, sueurs nocturnes depuis quelque temps. Néanmoins, état général assez satisfaisant.

Signes physiques. — L'abdomen fait saillie du côté droit et une tumeur se dessine sous la paroi. Au toucher, on sent un col utérin normal. Les culs-de-sac ne bombent pas dans le vagin, mais on sent nettement, à droite, une tumeur grosse comme une tête de fœtus, située sur le bord latéral de l'utérus et au niveau de la trompe. Cette tumeur est peu mobile ; les mouvements qu'on lui imprime sont communiqués au col utérin. De même, du côté gauche, on sent une tumeur ronde, unie, lisse, de consistance relativement dure, absolument analogue à la tumeur du côté droit, mais de volume moindre, atteignant à peine celui d'une orange. Cette tumeur gauche est plus mobile que la droite et les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas transmis au col utérin. Le fond utérin ne peut être délimité.

M. Albertin porte le diagnostic d'abcès froids tubaires, que vient confirmer l'intervention : castration par hystérectomie subtotal. Les trompes enlevées constituent deux

énormes abcès froids tubaires, dont la forme générale rappelle celle d'une cornemuse.

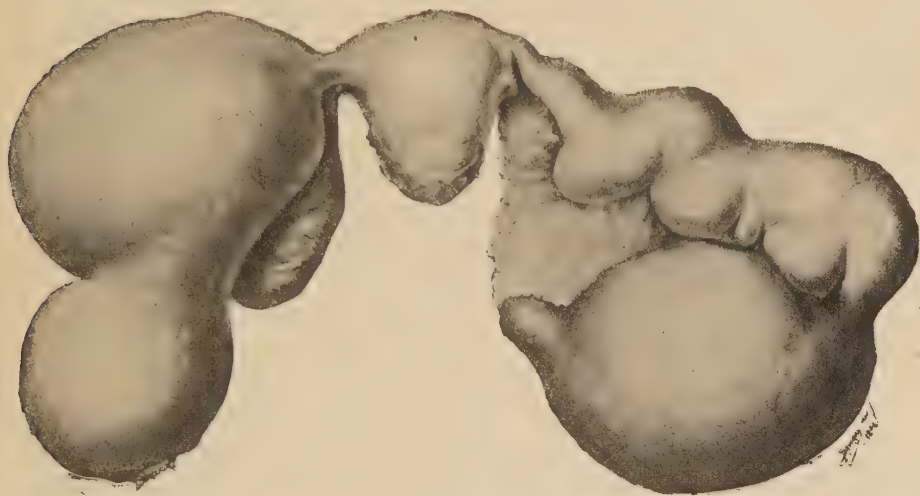


FIG. 2.

Les coupes montrent une paroi lamelleuse, plus mince que la paroi normale de la trompe et dans laquelle on ne peut reconnaître aucun des éléments de celle-ci. Cette paroi est doublée, du côté interne, par une masse grenue, sans aucun élément cellulaire reconnaissable, et présentant les caractères de coloration habituelle du caseum tuberculeux. L'absence de cellules géantes ou de productions inflammatoires récentes s'explique par ce fait qu'il s'agit là d'une paroi d'abcès déjà ancienne et en partie mortifiée.

OBSERVATION IV (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le D^r TIXIER.)

Diagnostic clinique : kyste tordu de l'ovaire. — Diagnostic opératoire : tuberculose annexielle double. Absès froid tubaire droit avec tuberculose de la trompe gauche. Castration totale, avec simple drainage vaginal.

Marguerite P..., 27 ans, entrée salle Saint-Paul (Hôtel-Dieu), le 6 avril 1908, sortie le 29 avril 1908.

La malade vient à l'hôpital pour des pertes et des douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 13 ans. Pas de bronchites antérieures. Jamais d'hémoptysies. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'au mois de septembre 1907. A ce moment, elle ressentait de la pesanteur dans le bas-ventre qui, d'ailleurs, était ballonné ; elle eut quelques douleurs irradiées dans les lombes et des troubles de l'état général. A la suite, aménorrhée pendant deux mois, et durant cette période, le ventre était moins ballonné, peu douloureux, sensation de gêne pelvienne, sueurs nocturnes abondantes. Au mois de décembre 1907, les règles reviennent et prennent le caractère de métrorrhagies continues, cessant deux ou trois jours pour faire place à des pertes blanches. A partir de février 1908, les métrorrhagies sont moins abondantes ; elles surviennent tous les 10 jours et durent une semaine entière.

Dans les antécédents génitaux de la malade on ne trouve aucun commémoratif de blennorrhagie. Elle nie tout rapport sexuel depuis deux ans.

A l'entrée, la malade présente un bon état général.

Au toucher, on sent les culs-de-sac latéraux complètement libres et souples. Il n'y a aucune masse ou tumeur dans le cul-de-sac ou Douglas. L'utérus est mobile.

En palpant l'abdomen, on sent, à gauche, une grosse

masse dépassant l'ombilic de 3 centimètres. Si on lui imprime des mouvements, la main vaginale les perçoit nettement.

Intervention le 9 avril 1908: Laparotomie médiane.— Le péritoine présente de nombreuses adhérences avec les viscéres sous-jacents. Il existe une énorme poche du volume d'une tête d'enfant, ressemblant à un vieux kyste de l'ovaire tordu. En réalité, il s'agit d'une grosse poche de pyosalpinx droit remontant jusqu'à la face antérieure du foie. Il existe une adhérence au bord antérieur du foie sur une étendue de plus de 10 centimètres. Il a fallu, pour énucléer ce pyosalpinx, prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde. La trompe gauche est aussi atteinte de pyosalpinx tuberculeux. On fait la castration totale. Fermeture complète du ventre. Drainage vaginal.

Il existait des granulations sur l'intestin grêle. Le gros pyosalpinx droit contenait du caséum mélangé de pus froid.

Sur les parois de la trompe, tubercules crus.

Guérison.

OBSERVATION V

(ALBERTIN-LERICHE : Société des Sciences médicales.

In Lyon Médical 1905.)

Diagnostic clinique : kyste de l'ovaire, probablement bilatéral. — Diagnostic opératoire : pyosalpinx tuberculeux bilatéral, constituant deux énormes abcès froids tubaires.

Malade âgée de 27 ans. Mariée, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche. Réglée à 11 ans ; ses règles furent toujours régulières et n'avaient jamais été douloureuses. Depuis deux ans, elle avait eu des mictions fréquentes et douloureuses, des douleurs lombaires et, depuis quelques mois, des pertes blanches assez abondantes. Elle souffrait le soir, au moment de se reposer, de douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche, et présentait quelques troubles digestifs. Son médecin, ayant constaté un peu de rétrover-

sion, lui mit un pessaire qui ne la soulagea pas, et c'est pour cela qu'elle entra dans le service.

Au toucher vaginal, on trouvait, en outre de la rétroversion, une masse rénitente bien limitée, lisse, assez mobile, indépendante de l'utérus, nullement douloureuse. Elle remontait dans l'abdomen jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et siégeait à droite. A gauche, les annexes étaient fermes, un peu grosses, non douloureuses.

Le 17 mai 1905, M. le docteur Albertin fit une laparotomie sous-ombilicale, et se trouva de suite en présence de deux volumineuses trompes. Celle de droite faisait une saillie considérable au-dessus du plan du petit bassin, lisse, mobile, mais adhérent un peu en bas. A gauche, la masse annexielle adhérait au détroit supérieur et était bien moins volumineuse et bien moins mobile. L'ovaire, de chaque côté, ne formait qu'un avec la trompe et était, lui aussi, distendu.

Hystérectomie subtotala ; drainage abdomino-vaginal.

La pièce enlevée est constituée par deux énormes abcès froids tubaires, développés presque exclusivement dans la partie externe ; les deux pavillons étaient complètement oblitérés. Les deux ovaires accolés font corps avec la masse salpingienne. L'utérus renfermait quelques gouttes de pus, semblable à celui que renfermait la trompe droite, qui a été seule ouverte. C'est un pus verdâtre, très concret, un véritable mastic caséeux, se dissociant mal dans l'eau, — qui est évidemment du pus d'abcès froid. La trompe droite en contenait plus de deux cent cinquante grammes. De plus, il y a quatre ou cinq granulations péritonéales blanchâtres sur le fond utérin. M. Leriche fait suivre cette observation des considérations suivantes : l'existence de ces quelques granulations, les caractères du pus, la latence absolue des lésions ne permettent guère d'autre diagnostic que celui d'abcès froids tubaires tuberculeux, malgré l'absence d'ascite et de réaction péritonéale.

OBSERVATION VI

(JABOULAY-PATEL. — Société de chirurgie de Lyon, 7 décembre 1903.)

Double pyosalpinx tuberculeux.

Jeune fille de 23 ans, vierge, entrée dans le service du docteur Jaboulay.

Antécédents héréditaires. — Un frère tuberculeux.

Antécédents personnels. — Amygdalites à répétition.

Au mois d'août 1904, la malade ressentit, à l'occasion d'un léger traumatisme, une douleur assez vive dans la fosse iliaque. C'est alors que le médecin de la famille constata une tuméfaction abdominale volumineuse et porta le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La malade fut opérée, au mois de septembre 1904, par M. le docteur Jaboulay.

La tumeur abdominale, qui était visible à la simple inspection, remontait jusqu'à l'ombilic. Elle était rénitente et mobile sur les plans profonds. Toutes ces manœuvres de palpation étaient indolentes. La matité était complète en avant. Les flancs étaient sonores. Le toucher vaginal permettait de se rendre compte d'une légère ascension de l'utérus. Les culs-de-sac étaient libres, non douloureux. Les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquaient que partiellement à l'utérus.

Après l'ouverture du péritoine, on peut reconnaître la présence de deux tuméfactions volumineuses, fusiformes à grosse extrémité supérieure, dirigée vers l'ombilic, à extrémité très effilée, tenant à l'utérus. Ces deux tumeurs se juxtaposaient sur la ligne médiane et l'ensemble réalisait absolument une masse sphérique, qui en avait imposé pour un kyste de l'ovaire. En réalité, on vit qu'il s'agissait de deux trompes énormément et également dilatées, semblant s'être redressées vers l'ombilic. Il n'y avait aucune adhérence. Les ovaires étaient un peu entraînés par les trompes

vers la partie supérieure de la fosse iliaque interne. Aucune granulation sur le péritoine qui était simplement congestionné. Deux ligatures furent placées au niveau de l'insection utérine, remarquable par sa gracilité. Deux autres permirent de séparer l'ovaire de la trompe. En somme les trompes furent enlevées. L'abdomen fut refermé complètement. La guérison opératoire fut complète au bout de huit jours.

Les trompes extirpées contenaient chacune plus d'un demi-litre de pus, verdâtre très épais, présentant absolument les caractères du pus d'abcès froid. Les pavillons des trompes étaient entièrement oblitérées et le pus était collecté principalement dans la partie externe de la trompe. Un cobaye, inoculé avec le pus recueilli, devint très rapidement tuberculeux.

OBSERVATION VII

(JANIN ET VIOLET. — *In Lyon Médical* 1904, et *in* thèse Martin, Lyon 1904-1905.)

DIAGNOSTIC CLINIQUE: *Kyste de l'ovaire bilatéral.*

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE: *Salpingite tuberculeuse double; abcès froids tubaires.*

H. A..., 22 ans, célibataire. Entrée dans le service de M. le professeur Pollosson, le 7 décembre 1903. Réglée à 15 ans, et depuis régulièrement. Jamais de grossesse. Au mois de mai 1903, son ventre grossit brusquement sans arrêt. En juin, elle consulte un docteur qui diagnostique un kyste de l'ovaire. Jamais de grosses douleurs abdominales. Toutefois, la malade dit avoir interrompu son travail pendant deux mois. Depuis cette date, pas d'augmentation appréciable du volume du ventre.

Examen local. — La portion sous-ombilicale de l'abdomen est saillante. Par la palpation on sent une tumeur de gros volume, remontant jusqu'à l'ombilic et de consistance ferme, tendue. Cette tumeur est mobilisable. Au toucher,

la malade est d'une virginité douteuse. Le col utérin est long, fermé. En arrière de lui, on sent une masse dure, bosselée bombant dans le Douglas. Par le toucher et le palper combinés, on délimite nettement l'utérus en avant, couché contre la symphyse pubienne. La masse, accessible par l'abdomen, surtout développée à droite, mobilisable, n'entraîne nullement dans ces déplacements la petite tumeur bosselée et dure, saillante dans le Douglas. A ce moment, le diagnostic est le suivant: kyste de l'ovaire d'un côté, avec ovaire du côté opposé, kystique prolabé dans le Douglas. Mais en continuant l'examen, on trouve que si la masse droite de la tumeur abdominale est indépendante de la tumeur du Douglas, il n'en est pas de même de la portion gauche. Les chocs, imprimés à celle-ci, se transmettent nettement à la tumeur du Douglas. En faisant basculer, puis en faisant maintenir récliné le kyste droit, on peut parfaitement délimiter, à travers la paroi abdominale une seconde tumeur égale en volume à la première, indépendante d'elle et venant pointer dans le Douglas où la transmission est très nette. On peut, avant l'intervention, dessiner très nettement la disposition des deux kystes par rapport à l'utérus et de l'un par rapport à l'autre.

L'appétit est conservé. Etat général bon. Température 37° à 37°5.

Laparotomie. Après incision du péritoine, on trouve le grand épiploon, couvert de granulations, étalé jusqu'au pubis et adhérent aux masses kystiques. Section du grand épiploon entre deux pinces. On reconnaît les deux masses kystiques qui sont immédiatement reconnues pour les deux trompes. La trompe droite dilatée en cornemuse, recourbée à son extrémité utérine, surtout développée par son fond, complètement fermé, est énucléée facilement de l'abdomen et enlevée intacte. La trompe gauche n'est enlevée qu'avec difficulté et non sans rupture. Ablation de l'ovaire droit. Ligature des pédicules. Drainage abdomino-vaginal par un drain. Mickulicz abdominal. Guérison sans incident.

Examen des pièces. — Les tumeurs enlevées sont constituées par les deux trompes, rappelant comme volume et comme forme une grosse aubergine, avec une tendance à se développer par le fond. La trompe droite enlevée en totalité est fluctuante. Sa surface péritonéale est régulière et lisse.

La trompe gauche rompue présentait une forme et un volume semblables. La surface péritonéale présentait un semis granuleux, sans points purulents. La surface interne présente des granulations multiples analogues aux granulations bacillaires.

L'ovaire enlevé présente à sa surface les mêmes granulations tuberculeuses.

Devant cette constatation inattendue, la malade est réinterrogée au point de vue de ses antécédents bacillaires et sur le début de l'affection. C'est en juin que l'affection a débuté par des douleurs dans le ventre. En quinze jours, son ventre est devenu aussi gros qu'il l'est à l'entrée. Pendant un mois, elle a gardé le lit avec un peu de fièvre (38°), du ballonnement et des douleurs dans le ventre et de la diarrhée.

Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou collatéraux. Personnellement, pas de maladie grave; toutefois, elle avoue avoir eu quelques crachements de sang, à plusieurs reprises, durant les deux derniers hivers.

Dès lors, les faits sont plus faciles à comprendre, l'affection du mois de juin correspondait à une poussée de péritonite.

Examen histologique résumé. — Musculeuse diminuée d'épaisseur. Dans la sous-muqueuse, tissu conjonctif assez développé. Vascularisation peu marquée. La muqueuse présente un aspect général jaunâtre. Les saillies des villosités sont totalement abrasées. Ça et là dans la muqueuse on trouve des nodules tuberculeux. En d'autres points, on trouve des amas de caséum.

OBSERVATION VIII

(M. VIOLET. — *In Lyon Médical* 1907, Société des Sciences médicales,
6 février 1907.)

Diagnostic clinique: salpingite kystique bilatérale probablement tuberculeuse. — Diagnostic opératoire: double abcès froid tubaire.

Jeune fille de 19 ans, vierge, sans antécédents personnels ou héréditaires. Réglée à 12 ans; elle a eu des règles douloureuses et peu abondantes. Jamais de pertes blanches. A l'âge de 15 ans, la malade commence à souffrir du ventre presque quotidiennement. Cette douleur s'est installée petit à petit comme un point de côté droit de l'abdomen, puis, a augmenté progressivement. On ne relève aucune phase aiguë dans l'histoire de la malade. Jamais de température, pas de vomissements. La malade ne s'est jamais alitée; elle a toujours fait son travail. Cette phase de douleurs lentes, sourdes, a duré deux ans, puis elles ont cessé et la malade se croyait complètement guérie.

Il y a un mois, la malade s'aperçut qu'elle avait une grosseur dans le ventre, du côté droit. Inquiétée par cette constatation, la malade vient à la clinique.

Il s'agit d'une jeune fille brune, assez forte, avec un bon état général.

À l'examen. — L'abdomen est souple; on sent de suite du côté droit une masse du volume du poing, mais qui à un examen plus approfondi semble plutôt une masse kystique, se prolongeant à gauche, régulière, du volume d'une grosse aubergine. Le toucher rectal permet, beaucoup mieux encore, d'étudier la forme et la consistance de cette deuxième tumeur. L'utérus est entre les deux, un peu dévié à droite, nullement augmenté de volume. Son fond est accessible uniquement sur l'étendue de la pulpe de l'index. La mobilisation dans le sens vertical n'entraîne aucune des

deux tumeurs latérales. Donc: au point de vue diagnostic: tumeurs kystiques bilatérales, avec utérus, au milieu, dévié à droite; tumeurs pouvant être développées aux dépens des ovaires ou des trompes.

Au toucher et palper combinés, on précise davantage les connexions, le volume et la consistance de cette tumeur. Elle est indépendante de l'utérus, du volume d'une petite tête fœtale. Dans les déplacements qu'on lui imprime, elle roule sur lui et se déplace en sens inverse, comme s'il s'agissait de deux cailloux glissant l'un sur l'autre en sens opposé.

En arrière de l'utérus, dans le Douglas, on sent une autre masse qu'on prend tout d'abord pour le fond de l'utérus en rétroversion. La tension, le contenu, l'indolence, l'absence de tout passé métritique font faire le diagnostic de kyste. Mais la bilatéralité est en faveur d'une lésion tubaire; en second lieu, leur forme: les deux tumeurs latéro-utérines sont plutôt allongées, aplaties dans un sens en forme d'aubergine au lieu d'être franchement sphériques. Comme cette jeune fille n'a pas de pertes purulentes et qu'on ne retrouve dans son passé aucune trace d'infection ascendante, on fait le diagnostic de salpingite kystique bilatérale et de salpingite tuberculeuse.

Intervention le 31 mai 1907, par M. le professeur Pollosson.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve un péritoine libre de toute adhérence, sans aucune granulation tuberculeuse. Pas de réaction péritonéale. Ablation des deux trompes et de l'ovaire droit.

Examen des pièces. — Les trompes sont transformées en poches kystiques fluctuantes, à parois lisses et épaisses, remplies d'une façon très régulière de leur extrémité utérine vers leur extrémité libre. Au niveau de la corne utérine, ces trompes présentent un certain nombre de sinuosités.

Le poids total de ces deux poches tubaires est de 865 grammes. La droite pèse 370 grammes; la gauche 495 gram-

mes. Ce que ces deux poches offrent de remarquable, c'est l'aspect lisse et régulier de leurs surfaces extérieures. Il n'existait, en effet, aucune adhérence péritonéale et leur énucléation hors de la cavité abdominale a été très facile.

L'une de ces poches tubaires est ponctionnée. Il s'en écoule un liquide jaunâtre, séreux, huileux par place, se coagulant dans l'assiette où on le recueille, et on doute à cet aspect qu'il s'agisse de pus ou d'un liquide de kyste dermoïde.

A l'incision, la surface interne de la poche présente de loin en loin quelques saillies à peine surélevées, on est surtout frappé du fait de la disparition complète des villosités tubaires. Nulle part on ne trouve d'ulcération, ni caséum. Macroscopiquement, aucune signature de tuberculose.

Résumé. — A l'examen histologique, on trouve un amincissement de la paroi tubaire avec sclérose des couches externes de la paroi. Les fibres musculaires sont rares. La muqueuse est régulièrement étalée à la surface. A côté de formations pseudo-glandulaires, on trouve de grosses cellules épithéliales avec au centre des cellules épithéliales, plus volumineuses et plus en dehors des cellules lymphoïdes, le tout rappelant assez bien l'aspect du nodule tuberculeux. Dans un certain nombre de ces formations nodulaires, des cellules géantes caractéristiques.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose tubaire semble plus fréquente qu'on ne l'a généralement écrit. Si, à l'heure actuelle, au point de vue physique, rien ne les distingue des salpingites ordinaires, au point de vue clinique ses manifestations sont caractéristiques. L'amaigrissement atténué, mais constant et progressif, l'état général, la température et l'évolution permettent le plus souvent le diagnostic. Grâce aux nombreuses interventions, les lésions anatomiques des trompes tuberculeuses ont été étudiées dans leurs plus petites manifestations. Elles ont pu être groupées suivant des types distincts.

II. — Un de ces types, réunissant des faits peu nombreux se présente sous la forme d'abcès froids tubaires. C'est une tuberculose annexielle chronique d'emblée, non susceptible de poussées aiguës, et rappelant par son évolution insidieuse, ses caractères cliniques, l'abcès par congestion du mal de Pott.

III. — Ces abcès froids surviennent chez des femmes jeunes exemptes au point de vue génital d'infections antérieures blennorrhagique ou puerpérale ; mais quelques-unes présentent quelques antécédents suspects de bacillose.

IV. — Leur évolution est silencieuse : gêne pelvienne, quelques douleurs abdominales avec parfois des troubles

de l'état général, mais toujours peu marqués, sans θ° ; énormes tumeurs abdomino-pelviennes que le hasard fait découvrir quelquefois ; telle est leur caractéristique symptomatique; aussi sont-ils pris le plus souvent pour des kystes de l'ovaire, ou des hydrosalpinx. L'attention étant attirée sur ces faits, ils passeront moins facilement inaperçus, il faudra y songer quand, en présence de femmes jeunes, sans antécédents généraux, mais suspectes de bacillose, on trouvera deux grosses tumeurs mobiles pelvi-abdominales.

V. — Ils sont constitués par deux poches volumineuses atteignant ou dépassant le volume d'une tête fœtale. Ils sont constitués surtout aux dépens de la partie externe de la trompe. Ils ne présentent pas d'adhérences et renferment un pus analogue au pus d'abcès froid tuberculeux.

VI. — Le traitement doit être curateur. La voie suivie est la voie abdominale. Avec les trompes, on doit enlever les ovaires et l'utérus, afin que l'opération soit radicale et mette à l'abri des récidives. Nous donnons la préférence à l'hystérectomie subtotale ; dans certains, l'hystérectomie totale sera justifiée.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

VALLAS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 Octobre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pour les indications qui concernent la tuberculose tubaire, se reporter au chapitre d'historique.

Pour les abcès froids tubaires :

- ROBERT BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, 1866.
- ARAU. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858.
- JEANUEL. — Pyosalpinx tuberculeux. Congrès pour l'avancement des sciences, session de Toulouse et *Semaine Médicale* 1887.
- WERTH. — Uber genitaltuberculose. 3^e Congrès allemand de gynécologie, Fribourg 1889.
- AMANN. — Congrès de Rome 1902.
- FAURE. — Congrès de Rome 1902.
- LADINSKI. — Société de gynécologie de New-York, in *Medical Record*, 11 janvier 1902.
- FUMEAUX-JOURDAN. — Double pyosalpinx tuberculeux. *Brit. Gynecologie*, 13 octobre 1904.
- THÉVENARD. — Société anatomique de Paris, 23 février 1908.
- MONTPROFIT. — Classification des salpingites.
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- ALBERTIN-LERICHE. — *Lyon Médical* 1905.
- JAMIN et VIOLET. — *Lyon Médical* 1904.
- JABOULAY-PATEL. — Société de chirurgie de Lyon, 7 décembre 1905.
- VIOLET. — *Lyon Médical* 1907.

